Rok L. Kraków, dnia 17. czerwca 1911. Nr. 24.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z Zakładu farmakologii doświadczalnej Prof. Dra L Popielskiego we Lwowie.

O wpływie tłuszczów i mydeł na czynność wydzielniczą trzustki.

Podał

Dr Jan Studziński (Kijów).

(Ciąg dalszy).

Doświadczenie XIV. 4. III. 1910. Pies »Pstry« wagi 14·5 kilo; tensam co i w doświadczeniu XIII. Do dwunastnicy wprowadzono i rozdęto balonik (tabl. VIII.).

W tem doświadczeniu wprowadzenie gliceryny nie okazało widocznego wpływu na wydzielanie. Z tych 2 doświadczeń widać, że gliceryna wywiera bardzo słaby wpływ na wydzielanie.

TABLICA VIII.

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową		Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową	
10 h. 9′	—		10 h. 35′	5	
„ 10′	8		„ 36′	6	
„ 11′	3		„ 37′	4	24
„ 12′	3	17	„ 38′	5	
„ 13′	1		„ 39′	4	
„ 14′	2		58 podziałek w 15 min.		
„ 15′	2		10 h. 40′	4	
„ 16′	2		„ 41′	4	
„ 17′	6	16	„ 42′	3	16
„ 18′	3		„ 43′	3	
„ 19′	3		„ 44′	2	
„ 20′	2		„ 45′	4	
„ 21′	3		„ 46′	3	
„ 22′	2	13	„ 47′	3	18
„ 23′	3		„ 48′	4	
„ 24′	3		„ 49′	4	
46 podziałek w 15 min.			„ 50′	4	
Od 10 h. 24′ do 10 h. 25′ wprowadzono do dwunastnicy 15 cm sz. chemicznie czystej gliceryny			„ 51′	4	
10 h. 25′	4		„ 52′	3	19
„ 26′	1		„ 53′	4	
„ 27′	1	18	„ 54′	4	
„ 28′	4		53 podziałki w 15 min.		
„ 29′	8				
„ 30′	2		Doświadczenie zakończono.		
„ 31′	1				
„ 32′	3	16			
„ 33′	4				
„ 34′	6				

Zbadaniu wpływu kwasu oleinowego oprócz doświadczenia VIII., poświęciłem jeszcze następne doświadczenia.

Doświadczenie XV. 8. XII 1909. Pies »Buldog« wagi 13·3 kilo, tensam co i w doświadczeniu II. Do dwunastnicy wprowadzono i rozdęto balonik (tabl. IX.).

TABLICA IX.

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową		Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową	
11 h. 26′	—		12 h. 2′	35	
„ 27′	7		„ 3′	35	
„ 28′	7		„ 4′	30	151
„ 29′	6	32	„ 5′	26	
„ 30′	6		„ 6′	25	
„ 31′	6		„ 7′	25	
„ 32′	5		„ 8′	28	
„ 33′	6		„ 9′	24	121
„ 34′	6	27	„ 10′	18	
„ 35′	5		„ 11′	26	
„ 36′	5		452 podziałek w 15 min.		
„ 37′	5		12 h. 12′	18	
„ 38′	6		„ 13′	20	
„ 39′	6	27	„ 14′	16	90
„ 40′	5		„ 15′	19	
„ 41′	5		„ 16′	17	
86 podziałek w 15 min.			„ 17′	18	
Od 11 h. 41′ do 11 h. 42′ wprowadzono do dwunastnicy 15 cm sz. kwasu oleinowego			„ 18′	16	
11 h. 42′	5		„ 19′	17	80
„ 43′	6		„ 20′	14	
„ 44′	6	59	„ 21′	15	
„ 45′	16		„ 22′	14	
„ 46′	26		„ 23′	14	
„ 47′	38		„ 24′	14	64
„ 48′	36		„ 25′	11	
„ 49′	36	178	„ 26′	11	
„ 50′	33		234 podziałek w 15 min.		
„ 51′	35		12 h. 42′	10	
„ 52′	35		„ 43′	9	
„ 53′	35		„ 44′	10	49
„ 54′	38	187	„ 45′	10	
„ 55′	39		„ 46′	10	
„ 56′	40				
424 podziałek w 15 min.			Doświadczenie zakończono.		
11 h. 57′	36				
„ 58′	36				
„ 59′	34	180			
12 h. —	40				
„ 1′	34				

W doświadczeniu tem w 3 minuty po wprowadzeniu kwasu oleinowego zaczął się obficie wydzielać sok trzu-

stkowy; ilość jego zaczęła się zmniejszać dopiero po 20 minutach (jak i przy kwasie solnym). Ale jeszcze po godzinie wydzielanie nie spadło do normy, chociaż było już blizko niej.

Doświadczenie XVI. 15. XII. 1909. Pies »Bułany« wagi 15·5 kilo. Tensam co w doświadczeniach VII. i VIII. Do dwunastnicy wprowadzono i rozdęto balonik (tabl. X.).

TABLICA X.

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową	
10 h. 2′	—	
„ 3′	12	
„ 4′	14	
„ 5′	13	71
„ 6′	17	
„ 7′	15	
„ 8′	10	
„ 9′	19	
„ 10′	12	75
„ 11′	20	
„ 12′	14	
„ 13′	19	
„ 14′	14	
„ 15′	12	79
„ 16′	14	
„ 17′	20	
225 podziałek w 15 min.		
Od 9 h. 17′ do 9 h. 18′ wprowadzono do dwunastnicy 15 cm sz. kwasu oleinowego		
9 h. 18′	12	
„ 19′	11	
„ 20′	10	84
„ 21′	30	
„ 22′	21	
„ 23′	25	
„ 24′	23	
„ 25′	28	115
„ 26′	19	
„ 27′	20	
„ 28′	21	
„ 29′	23	
„ 30′	33	128
„ 31′	26	
„ 32′	25	
327 podziałek w 15 min.		
9 h. 33′	33	
„ 34′	30	
„ 35′	33	149
„ 36′	27	
„ 37′	26	
„ 38′	31	
„ 39′	33	
„ 40′	39	193
„ 41′	48	
„ 42′	42	

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową	
9 h. 43′	36	
„ 44′	24	
„ 45′	28	176
„ 46′	42	
„ 47′	46	
518 podziałek w 15 min.		
9 h. 48′	36	
„ 49′	23	
„ 50′	27	176
„ 51′	35	
„ 52′	55	
„ 53′	50	
„ 54′	35	
„ 55′	55	216
„ 56′	35	
„ 57′	41	
„ 58′	30	
„ 59′	52	
Zastrzyknięto pod skórę 0·01 siarczanu atropiny		
10 h. —	48	
„ 1′	46	
„ 2′	50	244
„ 3′	53	
„ 4′	47	
„ 5′	36	
„ 6′	23	
„ 7′	20	109
„ 8′	20	
„ 9′	10	
„ 10′	20	
„ 11′	30	
„ 12′	16	106
„ 13′	20	
„ 14′	20	
459 podziałek w 15 min.		
10 h. 15′	19	
„ 16′	22	
„ 17′	19	92
„ 18′	16	
„ 19′	16	
Doświadczenie zakończono.		

W doświadczeniu XVI. pomimo uprzedniego dość obfitego wydzielania się soku trzustkowego, wprowadzenie kwasu oleinowego wywołało zwiększenie wydzielania już po 3 minutach, przyczem wydzielanie nie odrazu osiągnęło poziom najwyższy, lecz wzrastało powoli. Atropina, wprowadzona w 42 minuty po kwasie oleinowym, żadnego wpływu na wydzielanie nie wywarła: przed atropiną wydzielanie równało się 84, 115, 136, 149, 193, 176, 216 podziałek za każde 5 minut; po atropinie równało się ono 244, 109, 106, 92 podziałek. Takiż sam wynik otrzymaliśmy u psa »Srokatego«: przed atropiną 19, 22, 32, 38, po atropinie 42, 36, 29 (patrz dośw. XVIII.).

Dla przekonania się, jak wpływa na wydzielanie mechaniczne podrażnienie jelita przez wprowadzenie do niego płynu, wprowadziłem 40 cm. sz. 0·9% rozczynu soli kuchennej. Okazało się, że rozczyn ten żadnego wpływu na wydzielanie soku trzustkowego nie wywiera.

Wprowadzony następnie kwas oleinowy wywołał po 5 minutach znaczne zwiększenie wydzielania (zamiast 2, 4, 7 podziałek na minutę otrzymano 13, 15, 18). W 3 minuty potem wstrzyknięto atropinę. wydzielanie szło dalej bez zmian: przed atropiną 46 podziałek za 3 min., po 76. 57, 45, 43 za każde 5 minut.

Doświadczenie XVIII. 17. I. 1910. Pies »Łysy« wagi 13·7 kilo, tensam co w doświadczeniach III., IV., X. Do dwunastnicy wprowadzono i rozdęto balonik. (tabl XI.).

TABLICA XI.

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową	
9 h. 29′	—	
„ 30′	3	
„ 31′	3	
„ 32′	4	19
„ 33′	4	
„ 34′	5	
„ 35′	5	
„ 36′	5	
„ 37′	6	22
„ 38′	3	
„ 39′	3	
Wprowadzono do dwunastnicy 40 cm sz. ciepłego 0·9% rozczynu chlorku sodu		
9 h. 40′	1	
„ 41′	1	
„ 42′	6	13
„ 43′	3	
„ 44′	2	
„ 45′	3	
„ 46′	6	
„ 47′	4	22
„ 48′	5	
„ 49′	4	
„ 50′	4	
„ 51′	4	
„ 52′	5	25
„ 53′	8	
„ 54′	4	
„ 55′	3	
„ 56′	2	
„ 57′	3	28
„ 58′	5	
„ 59′	5	
Od 9 h. 59′ do 10 h. — wprowadzono do dwunastnicy 15 cm sz. kwasu oleinowego		

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową	
10 h. —	3	
„ 1′	6	
„ 2′	2	22
„ 3′	4	
„ 4′	7	
„ 5′	13	
„ 6′	15	
„ 7′	18	
Zastrzyknięto pod skórę 0·005 siarczanu atropiny		
10 h. 8′	14	
„ 9′	12	
„ 10′	15	76
„ 11′	17	
„ 12′	18	
„ 13′	17	
„ 14′	12	
„ 15′	11	57
„ 16′	8	
„ 17′	9	
„ 18′	8	
„ 19′	7	
„ 20′	9	45
„ 21′	11	
„ 22′	10	
„ 23′	8	
„ 24′	9	
„ 25′	7	43
„ 26′	9	
„ 27′	10	
Doświadczenie zakończono.		

Oprócz doświadczeń przewlekłych dla rozstrzygnięcia o wpływie kwasu oleinowego na wydzielanie soku trzustkowego postanowiłem jeszcze wykonać doświadczenie ostre.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Meningitis vera, spuria (meningismus) et serica

podał

Dr E. Stahr.

Niezbyt rzadko zdarza się klinicyście spostrzegać chorych, u których z powodu spotykanych objawów skłania się do rozpoznania zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Chorzy tacy narzekają bowiem na dotkliwe bole głowy, na ból przy opukiwaniu czaszki, ból w karku, przyczem okazują sztywność w karku, a nieraz i dalszych części kręgosłupa, czasami lekkie odurzenie, mniejszą lub większą przeczulicę skóry i poszczególnych mięśni, lekko zapadnięty brzuch, skłonność do zaparcia, a nawet nierówność źrenic i pręgi Trousseaua. Tymczasem płyn dobyty przez nakłucie rdzeniowe bywa zupełnie czysty i przejrzysty, a co ważniejsza zupełnie jałowy, a nawet nieraz nie zawiera żadnych nieprawidłowych ani cytologicznych ani chemicznych składników. Wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego wyłącza wtedy rozpoznanie zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. A w takim razie musi sobie klinicysta odpowiedzieć na pytanie, jakie inne choroby przejawiać się mogą podobnie, jak zapalenie opon mózgowo rdzeniowych, choć niem nie są, czyli innemi słowy, które schorzenia mogą dawać tylko pozorny obraz zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, obraz, zwany przez nowszych autorów »meningismus«. Otóż cały szereg schorzeń zarówno miejscowych, toczących się w układzie nerwowym, jak i ogólnych, może dawać obraz rzekomego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i o wszystkich powinien klinicysta pamiętać.

Przedewszystkiem może chodzić naturalnie o choroby układu nerwowego ośrodkowego i to albo o choroby z podłożem anatomicznem, albo o choroby bez anatomicznego podłoża

Do chorób tego rodzaju z pewnem anatomicznem podłożem należy ostre krwotoczne wewnętrzne zapalenie opony twardej (pachymeningitis haemorrhagica interna acuta), zapalenie samego mózgowia (encephalitis), zakrzep zatoki żylnej (thrombosis sinus), bąblowiec mózgu, nowotwory opon mózgowych, tętniak w tylnym dole czaszkowym (aneurysma arteriae vertebralis lub basilaris), wreszcie zniedołężnienie poraźne (paralysis progressiva).

Rozpoznanie krwotocznego zapalenia opony twardej należy w medycynie do najtrudniejszych, zwłaszcza, że objawy tej choroby bywają często nieuchwytne i bardzo niewyraźne. Nadto przyczyny chorobowe, które zapalenie opon miękkich wywołują, nierzadko powodują i zajęcie opony twardej (gruźlica). W odróżnieniu od prawdziwego zapalenia bywa w tem cierpieniu ból i sztywność karku mniejsza, objaw Kerniga niebardzo wyraźny, rzadko wyraźna przeczulica skóry i mięśni, brak gorączki, a w płynie mózgowo-rdzeniowym stwierdzamy czasem krew. Zapalenie samego mózgu cechuje się od samego początku zwykle objawami poraźnymi. Zakrzepowi zatoki żylnej towarzyszy zwykle obrzęk skóry na wyrostku sutkowatym, stałe zwracanie głowy ku chorej stronie i objaw Griesingera, a mianowicie niedostateczne wypełnianie się krwią żyły szyjnej zewnętrznej po stronie chorej. Bąblowca mózgu rozpoznać można, stwierdziwszy bąblowca w innych narządach. Najłatwiej znaleść go w skórze. Eozynofilia krwi i brak gorączki przemawiają za bąblowcem. Nowotwory mózgu przebiegają bez gorączki, często z tarczą zastoinową na dnie oka, w płynie mózgowo-rdzeniowym uda się czasem znaleść charakterystyczne komórki nowotworowe, a często bywają nowotworem zajęte gruczoły chłonne na szyi. Pęknięcie tętniaka w tylnym dole czaszkowym rozpoznajemy, kiedy chory nagle traci przytomność prawie bez objawów podrażnienia opon mózgowych (brak przeczulicy, napięcia brzucha), nie gorączkuje, a płyn mózgowo-rdzeniowy jest wybitnie krwawy. Meningizm, jako przejaw zniedołężnienia poraźnego rozpoznajemy przy pomocy wywiadów od otoczenia chorego; nierówność źrenic i brak ich oddziaływania, brak objawu Kerniga, przemawiają przeciw zapaleniu opon, a za zniedołężnieniem.

Do chorób układu nerwowego bez tła anatomicznego, o których tu pamiętać musimy, należy przedewszystkiem histerya, a czasem szał opilczy.

Za histeryą przemawiają brak gorączki, ciągła zmiana obrazu chorobwego, ujemny wynik cytologicznego badania płynu mózgowo-rdzeniowego, a przedewszystkiem łatwość psychicznego wpływania na chorego.

Z drugiej strony objawy meningizmu dawać mogą choroby zakaźne i zatrucia. Do zakaźnych chorób zaliczamy tu w pierwszym rzędzie dur, potem różę, grypę, zapalenie płuc, posocznicę, zimnicę, ostry gościec stawowy i wąglik. Do zatruć mogących tu wchodzić w rachubę należą z jednej strony mocznica i samozatrucie z jelit, a z drugiej strony zatrucie ołowiem lub mięsem (względnie rybami lub ostrygami).

Stanowcze rozpoznanie w przypadkach, przedstawiających się klinicznie najzupełniej, jak zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, nie należy zatem do rzeczy łatwych, a już bez nakłucia lędźwiowego nieraz do niemożliwych.

Z własnego doświadczenia pamiętam taki przypadek:

17-letni chłopiec dostaje nagle pewnego dnia z wieczora gwałtownego bólu głowy, bez żadnych zwiastunów, bez dreszczów. Zażywa sam przez kilka dni jakieś proszki, bez żadnej jednakże ulgi.

Wezwany w kilka dni później stwierdzam stan, najzupełniej podobny do zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. (Ciepłota ciała podniesiona (38·4°C), gwałtowny ból głowy, sztywność w karku bardzo znaczna, objaw Kerniga wyraźny, światłowstręt). Tego samego dnia dokonane nakłucie lędźwiowe i wypuszczenie około 20 cm³ płynu mózgowo-rdzeniowego sprawiło natychmiastową ulgę. Na drugi dzień spadła ciepłota do prawidłowej i chory w 4 dni później opuścił łóżko zupełnie zdrów. Ut aliquid, dostawał jakiś kwasek wewnętrznie. Płyn mózgowo-rdzeniowy okazał się zupełnie jałowym.

Co to była za choroba, tego dotąd nie wiem. Nie było to w każdym razie prawdziwe zapalenie opon mózgowych, chociaż najzupełniej tak się przypadek przedstawiał i w czasie epidemii zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych niktby się w rozpoznaniu nie zawahał. W przypadku tym był najprawdopodobniej »meningismus«, choć nie mogłem stwierdzić żadnego schorzenia, któremu pozorne zapalenie opon towarzyszyć może.

Skoro zaś faktem jest, że rozpoznawać zapalenia opon mózgowych nie możemy dzisiaj wyłącznie na podstawie

wejrzenia klinicznego i przedmiotowego badania klinicznego, a jedynie na podstawie wyniku bakteryologicznego zbadania płynu mózgowo-rdzeniowego, należy sobie postawić pytanie, czy jednakże wolno nam wstrzykiwać do kanału kręgowego surowicę swoistą w każdym przypadku, choćby nie prawdziwego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Innymi słowy należy nam się teraz zapytać, czy surowica swoista nie może choremu szkodzić.

Reskrypt c. k. Namiestnictwa we Lwowie z d. 28 czerwca 1909 r. L. VII. v. $\frac{989/09}{20}$ zaleca, co następuje:

»W celu leczenia nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych wstrzykuje się 20 kub. cm. surowicy do kanału kręgowego. Po wypuszczeniu przez lędźwiowe nakłucie około 20 cm^2 wypociny, nie wyjmując igły, można przez nią zapomocą wstrzykawki wyjałowionej wstrzykiwać surowicę«.

Otóż reskrypt ten zaleca lekarzowi, żeby w przypadku, w którym rozpoznaje zapalenie opon mózgowych, — rozumie się nagminne, a nie gruźlicze, stosował surowicę na podstawie rozpoznania klinicznego, a nie bakteryologicznego, bo zaleca, by przez tę samą igłę, którą wypuszcza płyn dla zbadania, zaraz wprowadził surowicę. Nigdzie nie zaznacza reskrypt, że wstrzykiwać wolno tylko na podstawie dodatniego wyniku badania bakteryologicznego, a nawet nieco dalej mówi tak:

»Jeżeli nie ma polepszenia w ciągu 24 do 48 godzin, niektórzy autorowie polecają ponowne wstrzyknięcie 20 cm^3«.

Teraz postaram się odpowiedzieć na pytanie, czy surowica wstrzyknięta do kanału kręgowego jest dla ustroju obojętna, czy nie?

Już dawno zauważyli lekarze chorób nerwowych i umysłowych, że niektóre cierpienia nerwowe, jak padaczka i umysłowe, jak obłęd, przebiegające z przygnębieniem, mogą uledz pewnej poprawie lub okazywać łagodniejszy przebieg po przemijających gorączkach lub odczynach wywołujących i podniecających odporność ustroju. Opierając się na tem spostrzeżeniu, próbowali niektórzy autorowie (Donath, Fischer, Lépine) wstrzykiwać systematycznie takim chorym pod skórę nukleinian sodu, który w pewnych dawkach wywołuje gorączkę, a w krwi hyperleukocytozę.

Chcąc zadziałać jeszcze skuteczniej, postanowili Sicard i Salin [1]) dostać się do płynu mózgowo rdzeniowego, a tą drogą wprost wpływać na ośrodkowy układ nerwowy. Najpierw zwrócili się do fizyologicznego rozczynu soli kuchennej (8‰), a przekonawszy się, że bardzo małe ilości płynu tego, bo nawet 3 do 4 cm^3, wstrzyknięte do kanału kręgowego, wywoływały bardzo silny odczyn, zarzucili rozczyn soli i zaczęli wstrzykiwać również pod opony surowicę przeciwmeningokokową, uważaną dotąd za nieszkodliwą. Ale nawet bardzo małe dawki tej surowicy, bo 10 do 15 cm^3, źle chorzy znosili. Stale zjawiał się odczyn ogólny i miejscowy.

[1]) Sicard i Salin. »Réactions méningées consécutives aux injections arachnoidiennes lombaires de sérum de cheval et de sérum artificiel«. Soc. de biolog. 19. III. 1910. »Histologie des réactions méningées aseptiques provoquées chez l'homme«. Ibid. 25. VI. 1910. »Réactions méningées après sérotherapie rachidienne dans un cas de méningite cérébro-spinale«. Soc. méd. d. hôpitaux 28. VII. 1910.

Do rzędu zaburzeń ogólnych zaliczyć należy podniesienie się ciepłoty o 1 do 2 stopni, ból głowy, czasem nudności, mało zaznaczony objaw Kerniga, a czasami i bóle w kończynach dolnych. Zaburzenia te zjawiały się w 2 do 3 godzin po wstrzyknięciu, dochodziły szczytu swego nasilenia w 5 do 6 godzin, a potem zwolna łagodniały i na drugi dzień zupełnie ustępowały. W niektórych przypadkach wyjątkowo trwały nieco dłużej.

Miejscowo, a więc w kanale kręgowym, można było już po 3 lub 4 godzinach stwierdzić, dobywszy przez nakłucie płynu mózgowo-rdzeniowego, obfitą polinukleozę, płyn mózgowo-rdzeniowy mętny lub opalizujący, i jak autorowie, posługując się określeniem Widala [2]), powiadają »puriforme«. Polinukleoza ta ustępuje zwolna miejsca limfocytozie, która może się utrzymywać nawet wyżej dwóch miesięcy.

Po takim odczynie stan umysłowy niektórych chorych poprawiał się chwilowo, jak w czasie doświadczeń Fischera i Donatha, jednakże z powodu wspomnianych wyżej zaburzeń autorowie zarzucili ten sposób. Przekonali się w toku tych prób zatem o tem, że wstrzykiwanie surowicy pod opony rdzeniowe wywoływa objawy zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, więcej lub mniej wyraźne, zależnie od dawki.

Podobne zmiany, jak co dopiero opisane, mieli autorowie sposobność stwierdzić nietylko w tych przypadkach, w których jak powyżej opony były poprzednio zupełnie prawidłowe, ale i w tych, w których opony były przed wstrzykiwaniem zajęte sprawą zapalną przewlekłą, jak to bywa w toku wiądu rdzenia kręgowego. Płyn mózgowo-rdzeniowy zawierał w osadzie w toku wiądu wyłącznie limfocyty, a po wstrzyknięciu płyn nabierał wejrzenia »puriforme«, przyczem zawsze występowały objawy żywego zadrażnienia korzonków tylnych, nieco słabszego po wstrzyknięciu rozczynu soli, zaś gwałtownego po surowicy końskiej.

Raz zdołali autorowie przekonać się i na stole sekcyjnym o słuszności swych zapatrywań, a więc o tem, że wstrzykiwanie surowicy powoduje zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.

Pewien dorosły mężczyzna, chory na zapalenie płuc, zginął w kilka dni po wstrzyknięciu pod opony rdzeniowe surowicy przeciwmeningokokowej (20 cm^3). Surowicę wstrzyknięto z tej przyczyny, że chory w toku zapalenia płuc dostał objawów zapalenia opon mózgowych. Nie rozpoznawano w tym przypadku wprawdzie stanowczo zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, tylko je przypuszczano, bo badanie płynu mózgowo-rdzeniowego, dobytego bezpośrednio przed wstrzyknięciem, nie stwierdziło obecności ża-

[2]) Widal już w r. 1906 zwrócił uwagę na następujący szczegół. Zdarza się, że płyn dobyty z opon okazuje czasem osad, składający się prawie wyłącznie z ciałek białych wielojądrzastych, ale co ważniejsze, że jądra ciałek tych mają zupełnie ostre obrysy i że obok tych ciałek nie stwierdzamy w dobytym płynie obecności żadnych bakteryi. Płyny takie, pod mikroskopem wyglądające jak ropa, nazwał »puriforme«. Z tego, że te ciałka białe mają ostro zarysowane jądra, wnosi Widal, że w takim »puriforme« płynie nie ma żadnej walki między ciałkami a bakteryami i że dlatego właśnie nie rozpadają się nigdzie jądra ciałek wielojądrzastych, jak to bywa w prawdziwym ropnym płynie. Obraz taki pozwala zdaniem Widala na pomyślne rokowanie.

dnego nieprawidłowego składnika cytologicznego, chemicznego ani żadnych bakteryi. Otóż na sekcyi stwierdzili autorowie bardzo żywe nastrzykanie naczyń, na oponach miękkich rdzenia, wysięk na oponach i około naczyń; przedewszystkiem w okolicy tylnej lędźwiowo-krzyżowej, jednakże wypustki tej sprawy zapalnej sięgały w górę aż w okolicę opuszkową.

Autorowie dochodzą na podstawie swych spostrzeżeń do wniosku, że i w toku ostrego zapalenia opon mózgowych wstrzyknięcie surowicy samo przez się na pewno też powoduje podrażnienie opon mózgowych, a tylko, że ono się gubi pośród innych objawów mózgowych i to objawów wysokiego nasilenia choroby samej i dlatego nie zwrócił nikt na nie uwagi w toku seroterapii zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.

A teraz dla zaokrąglenia obrazu przytoczę dwa przykłady z praktyki, podane przez tychże autorów, a dowodzące, do jakich błędów w rokowaniu i rozpoznaniu prowadzić może nieznajomość tej sprawy (meningitis serica).

Pewien lekarz ordynujący wezwał raz na naradę jednego z autorów do 16-letniego chłopca, chorego na zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Rozpoznanie stwierdzone było w tym przypadku badaniem bakteryologicznem. W czasie, kiedy chory bardzo wysoko gorączkował ($39^0 - 40^0$ C), dokonano cztery razy nakłucia lędźwiowego i za każdym razem wstrzyknięto 20 cm^3 swoistej surowicy Doptera. Około dwunastego dnia zaczęła choroba zwalniać, objawy chorobowe ustępować, chory wchodzić niejako na drogę ozdrowienia, kiedy nagle po trzech dniach gorączka znowu się podniosła do $38{\cdot}2^0$ i zjawił się nanowo ból głowy. Lekarz ordynujący, pewny, że surowica nie może szkodzić, natychmiast ją znowu wstrzyknął (20 cm^3), przyczem płyn mózgowo-rdzeniowy wypływał z igły prawie zupełnie przejrzysty. Na drugi dzień po wstrzyknięciu gorączka przekroczyła 40^0 C, stan ogólny chorego się pogorszył, chory w nocy majaczył. Nakłucie lędźwowe, w tym stanie chorego dokonane, wydobyło płyn zupełnie mętny i lekarz ordynujący, przekonany, że ma przed sobą ciężki nawrót choroby, zabierał się już do ponownego wstrzyknięcia surowicy w dawce większej od poprzednich. Otóż konsulent nabrawszy przekonania, że chory nie dostał wcale nawrotu choroby, ale że chodzi tylko o podrażnienie opon mózgowych wstrzykiwaną surowicą (meningitis serica), radził zaniechać wstrzykiwań. Badanie dobytego płynu stwierdziło, że jest jałowy i »puriforme«, t. z. składa się wyłącznie z ciałek białych wielojądrzastych o jądrach ostro obrysowanych. W 2 doby później burza przeleciała i ozdrowienie weszło na prawidłowe tory.

Oto przykład pomyłki w rokowaniu.

Pewnego dnia znowu przysyłają autorowi do pracowni szpitalnej płyn mózgowo-rdzeniowy, zupełnie przejrzysty i czysty. Nie znaleziono w nim żadnej bakteryi ani większej ilości białka, osad był prawidłowy. Lekarz ordynujący myślał o zapaleniu opon mózgowo rdzeniowych Na podstawie rozbioru odpowiedziano, że w danym przypadku nie ma zapalenia opon. Nazajutrz jednak donosi lekarz ordynujący, że widocznie zaszła pomyłka, bo u chorego napewno są objawy zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i przysyła do pracowni, jako oczywisty dowód pomyłki laboratoryjnej, płyn mózgowo-rdzeniowy chorego, opalizujący, ropiasty, z osadem obfitującym w ciałka białe wielojądrzaste o ostrych obrysach. Bakteryi i w tej próbce płynu mózgowo-rdzeniowego nie było. Wtedy autor udał się do chorego i tam stwierdził, co następuje: Chory leży już 12-ty dzień. Dnia poprzedniego nakłuto u niego kanał kręgowy, wypuszczono płyn, który za pierwszym razem do zbadania odesłano, i natychmiast wstrzyknięto pod opony 20 cm^3 surowicy przeciwmeningokokowej. I naturalnie wystąpiło podrażnienie opon surowicą (meningitis serica). Chory ten bowiem cierpiał na zapalenie ropne migdałków, czemu towarzyszył meningizm, pozorne zapalenie opon, które lekarz ordynujący wziął za zapalenie opon prawdziwe. W 3 dni później bez żadnych zabiegów chory wrócił do zupełnego zdrowia. Oto znowu pomyłka w rozpoznaniu.

Spostrzeżenia te, a nie mogę na chwilę przypuścić, żeby zabiegi autorów nie były dokonane zupełnie jałowo, a więc żeby zaburzenia spowodowane były zakażeniem opon mózgowo-rdzeniowych, dowodzą dostatecznie, że surowica przeciwmeningokokowa wstrzykiwana pod opony nie jest dla ustroju obojętna, bo powoduje zapalenie opon, które możemy nazwać, w odróżnieniu od innych postaci zapalenia: »meningitis serica«; a więc należy surowicę stosować tylko tam, gdzie jest naprawdę potrzebna, gdzie rozbiór bakteryologiczny wykazuje obecność ziarenkowca zapalenia opon. A zresztą surowica przeciwmeningokokowa, jak każda surowica końska, wprowadzona do ustroju czy to drogą podskórną, czy pod opony, pozostawia ponadto w ustroju stan t. z. nadwrażliwości (anafilaksyi), który może w ukryciu trzymać się latami, by przy nadarzającej się sposobności wybuchnąć i to w postaci nieraz bardzo ciężkiej. A sposobnością tą może być późniejsza kiedykolwiek potrzeba stosowania surowicy w toku błonicy, tężca, prawdziwego zapalenia opon mózgowych i t. d. i t. d.

Z wyżej przytoczonych względów nie należy mojem zdaniem, jakto radzi reskrypt Namiestnictwa, »po wypuszczeniu przez lędźwiowe nakłucie około 20 cm^3 n i e w y j m u j ą c i g ł y wstrzykiwać przez nią surowicę«, ale przeciwnie należy, wypuściwszy płynu około 20 cm^3, igłę wyjąć, płyn posłać do pracowni bakteryologicznej i dopiero uzyskawszy z pracowni odpowiedź, że w przesłanym płynie stwierdzono obecność meningokoka, co w ciągu tego samego dnia stać się może, wtedy dopiero wstrzyknąć surowicę przeciwmeningokokową. Na wynik rozbioru bakteryologicznego należy tembardziej czekać i dopiero w razie dodatniego wyniku surowicę swoistą wstrzykiwać, że wstrzykiwanie surowicy przeciwmeningokokowej należy w potrzebie ponawiać, a więc można chorego narazić nietylko na »meningitis serica«, ale już od drugiego wstrzykiwania począwszy na chorobę surowiczą (»Serumkrankheit«), na owe ciężkie powikłania z nadwrażliwości. Że niepotrzebnie stosowana surowica przeciwmeningokokowa może wywoływać ciężkie zaburzenia, a nawet i zejście śmiertelne, zwracał uwagę Widal na ostatnim kongresie w Paryżu.

O tych szczegółach powinni pamiętać lekarze-praktycy w toku seroterapii zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i dlatego o nich na tem miejscu mówiłem.

Oceny i sprawozdania.

Odpowiedź na krytykę Prof. Bylickiego pod tytułem: »Kilka słów o podręcznikach położnictwa dla położnych z powodu książeczki Prof. Dr Adama Sołowija: Nauka położnictwa dla położnych«.

W Nr 21 »Przeglądu lekarskiego« z d. 27. maja 1911 w rubryce »Oceny i sprawozdania« pojawiła się krytyka mojego podręcznika »Nauka położnictwa dla położnych w krótkim zarysie«, napisana przez Prof. Bylickiego.

Na wstępie swej krytyki podnosi Prof. Bylicki trudność napisania dobrego podręcznika do nauki położnictwa dla położnych o nizkim poziomie inteligencyi i ubolewa, że do szkół położnych przyjmuje się uczennice o nizkim poziomie. Już przed 9 laty dałem wyraz temu ubolewania godnemu stanowi, jednakowoż jako zwolennik nietylko idealnych, lecz także realnych usiłowań, muszę się liczyć z faktycznymi stosunkami, t. j. z takim materyałem uczennic szkół położnych, jaki jest w rzeczywistości obecnie i będzie jeszcze przez długie lata w naszym kraju, więc pisząc podręcznik, musiałem się zastosować do rzeczywistego materyału uczennic i ograniczyć wymagania wiedzy teoretycznej do najskromniejszych granic, by ułatwić uczennicom możność jej zrozumienia i objęcia pamięcią. Równocześnie położyłem główny nacisk na praktyczne wyćwiczenie uczennic w aseptyce, podpieraniu krocza, racyonalnem traktowaniu okresu łożyskowego, zapoznając je równocześnie z najważniejszemi powikłaniami ciąży, porodu i połogu i wpajając w nie równocześnie jak największą odpowiedzialność, ażeby w każdym nieprawidłowym przypadku wzywały jak najprędzej lekarza. W ten sposób wykształcone i takim choć skromnym zasobem wiedzy wyposażone położne mogą zdaniem mojem pożytecznie spełniać swój zawód i jeźli gdzie, to w naszym kraju najbardziej ich potrzeba, bo u nas stosunki są wprost opłakane i zaledwie jedna czwarta część wszystkich porodów odbywa się przy pomocy położnych.

A teraz przejdźmy do poszczególnych zarzutów.

Już sam tytuł nie podoba się Prof. Bylickiemu. »Jeżeli autor tej książeczki chciał sobie ułatwić pracę śród najgorszego materyału i dla najniższego poziomu go przeznaczył, to mogła ona w postaci litograficznego zeszytu służyć do użytku czysto domowego, nie wychodząc poza mury szkoły pod szumnym tytułem »nauki położnictwa«.« Stwierdzam zatem, że tytuł mojego podręcznika opiewa dosłownie: »Nauka położnictwa dla położnych w krótkim zarysie«, że zatem z góry zapowiada swoje skromne rozmiary, cel zaś jego określa jasno przedmowa, a treść odpowiada w zupełności zamierzonemu przeznaczeniu.

Prof. Bylicki sądzi, że »aseptyka jest jak cała reszta niedostatecznie nawet dla najskromniejszych wymagań traktowana«. Otóż na to odpowiadam, że jeżeli co, to aseptyka jest osią praktycznego wykształcenia i tak samo, jak nikt jeszcze nie stał się operatorem przy zielonym stoliku, tak samo żadna położna nie nauczy się aseptyki z podręcznika, tylko wśród ciągłego praktycznego ćwiczenia się w jej zastosowaniu!

Mogę upewnić Prof. Bylickiego, że uczennice mojej szkoły wiedzą dokładnie, jak należy w rozczynie sody gotować szczotki, nożyczki, cewnik i tasiemki, wiedzą jednak równocześnie, że i bez sody można to skutecznie uczynić. Uczennice mojej szkoły wiedzą także dokładnie, w jaki sposób odbywa się wyjałowienie waty i gazy, nie urządzają jednak tego »nad garnkiem«, lecz mają wpojoną w pamięć przestrogę, by później w praktyce używały tylko takiej waty i gazy, która daje pewność, że jest należycie wyjałowiona i odowiednio opakowana. W podręczniku zaś niema o tem mowy, że szczotki, cewnik, nożyczki i tasiemki należy gotować lub poddać dłuższemu działaniu pary gorącej, lecz na str. 27 w ustępie »przygotowania do porodu« jest całkiem wyraźnie powiedziane, że te przedmioty mają być wygotowane, a o gorącej parze niema tam ani słowa! Natomiast na str. 71, gdzie mowa o zapobieganiu gorączce połogowej, znajduje się ustęp, przypominający położnej, że »przybory lub opatrunki, które się mają zetknąć z ciałem rodzącej, należy przedtem przez 10 minut wygotować lub poddać dłuższemu działaniu pary gorącej«, co ma być dla położnej przypomnieniem, że wolno jej używać tylko przyborów wygotowanych (jak na str. 27 było podane) i tylko tych w handlu będących opatrunków, które zostały wyjałowione zapomocą gorącej pary. — Widocznie zatem mój podręcznik nie jest »mało czemś więcej, niż spisem rzeczy«, lub tylko »wyciągiem z wyciągów«, skoro nawet tak krytyczny sprawozdawca, jak Prof. Bylicki, nie przeczytał go dokładnie, w przeciwnym razie nie byłoby mu się przytrafiło także twierdzenie, że »o sublimacie niema w nim mowy«. Tymczasem na str. 16 podręcznika znajduje się następujący ustęp: »Najsilniejszym środkiem odkażającym jest sublimat w rozczynie 1 grama na tysiąc gramów wody, wolno go jednak używać do odkażania rąk tylko na wyraźne zlecenie lekarza, przyczem powinna położna zawsze pamiętać, że sublimat jest bardzo silną trucizną«. Prof. Bylickiemu powinno być także wiadome, że już przed 9 laty domagałem się obowiązkowego zaprowadzenia sublimatu w celu odkażania rąk położnych w praktyce, ponieważ jednak dotychczas obowiązujące przepisy służbowe dla położnych nie dopuszczają sublimatu w praktyce położnych, więc jako nauczyciel muszę się z nimi liczyć i mogę zalecać w podręczniku używanie sublimatu tylko z zastrzeżeniem wymienionej ostrożności. W mojej szkole jednak nie wolno uczennicom inaczej badać rodzących, jak po wyjęciu rąk z pięciominutowej kąpieli w rozczynie sublimatu (1: 1000).

Do braków aseptyki zalicza Prof. Bylicki także »pominięcie przestrogi, by nie odprowadzać do macicy pępowiny wypadniętej na zewnątrz przed części rodne«. Przestrogi tej, ogólnikowo wypowiedzianej, w zupełności nie uznaję, bo nie zgadzam się na wydanie wyroku śmierci dla płodu, jeżeli jest jeszcze możność ratowania jego życia. Pod jakim zaś warunkiem i w jaki sposób wolno położnej przystąpić do odprowadzenia wypadniętej pępowiny, poucza ją całkiem dokładnie str. 57 podręcznika.

Prof. Bylicki gorszy się dalej, że przez kość krzyżową przebiega kanał, w którym się mieści rdzeń kręgowy. A przecież trzeba było położnej w jakiś przystępny sposób powiedzieć, co w tym kanale się mieści, a mogłem to tem spokojniej w ten sposób określić, że i nasz »Słownik lekarski polski« tłomaczy »cauda equina« przez »koniec rdzenia (ogon koński)«. Przecież nie można było powiedzieć w podręczniku dla położnych, że nerwy lędźwiowe, krzyżowe i ogonowe łączą się razem w tak zwany ogon koński i tworząc przedłużenie rdzenia kręgowego przebiegają przez kanał kości krzyżowej lub wyliczyć zawartość tego kanału, n. p. według Waldeyera (Das Becken, str. 149 od lit. a, aż do lit. h).

Prof. Bylicki podsuwa mi twierdzenie, że poszczególne części miednicy zrastają się ze sobą tylko w panewce stawu biodrowego. Tymczasem na str. 4 mojego podręcznika znajduje się następujący zgodny z rzeczywistością ustęp: »Kości boczne składają się pierwotnie w wieku dziecięcym z kości biodrowej, siedzeniowej i łonowej, które zrastają się później ze sobą w panewce stawu biodrowego. Połączenie kości bocznych ze sobą od przodu tworzy spojenie łonowe, od tyłu łączą się kości boczne z kością krzyżową«.

Także porównanie miednicy małej z pierścieniem kostnym od przodu wklęsłym, a od tyłu wypukłym, niepodoba się Prof. Bylickiemu. A jednak miednica mała, z boku widziana, przedstawia odpowiednio do wygięcia kości krzyżowej i przebiegu osi miednicy kształt wymieniony i musi być coś prawdy w tem, bo podobną definicyę znajduję także n. p. u Spätha (Lehrbuch der Geburtshilfe für Heb-

ammen, str. 28): »Der Beckenkanal erscheint daher in der Mitte nach rückwärts ausgebaucht und der Aushöhlung des Kreizbeines entsprechend gleichsam um die Schossfuge gekrümmt«.

Zbyt małostkowa wydaje mi się uwaga Prof. Bylickiego, odnosząca się do łożyska i pępowiny, więc ją pomijam i przechodzę do zakwestyonowania wartości mierzenia obwodu miednicy. Prof. Bylicki sądzi, że »mierzenie obwodu miednicy może być uzupełnieniem zupełnie wyczerpanego innego mierzenia, że jednakowoż samo dla siebie niema żadnej wartości«. Wobec tego zechce Prof. Bylicki przyjąć do wiadomości, że tak znakomity położnik, jakim był Späth, przywiązywał znaczenie do wymiaru obwodu miednicy i wszyscy jego uczniowie, do których i ja razem z Piskačkiem mam zaszczyt się zaliczać, mieli sposobność na obfitym materyale klinicznym poznać wartość mierzenia obwodu miednicy, nie potrzebuję zatem dopiero teraz robić doświadczeń w tym kierunku. Prof. Bylicki przedstawia rzecz w ten sposób, jakobym ja uczył położne mierzenia obwodu miednicy, jako »jedynego« jej badania. Tymczasem na str. 46, która podobnie, jak wiele innych, widocznie uszła uwagi Prof. Bylickiego, znajduje się w ustępie o miednicy ścieśnionej cały szereg charakterystycznych objawów i sposobów ułatwiających położnej rozpoznanie miednicy ścieśnionej podczas porodu. Mierzenie obwodu miednicy jest więc tylko jednym ze sposobów rozpoznania miednicy ścieśnionej, w każdym razie jednak bardzo prostym i cennym, zwłaszcza dla położnej.

Prof. Bylicki popełnił wielką nieostrożność, zarzucając mi w swej krytyce, że »jest nieprawdą, aby przy prawidłowym porodzie czaszkowym poprzedzało ciemiączko małe«. Jest rzeczą smutną, że nawet z powodu oklepanych i utartych pojęć, jak sprawa mechanizmu przy porodzie czaszkowym, trzeba prowadzić dyskusyę, skoro jednak została mi ona narzucona, więc muszę przypomnieć, że kręgosłup nie jest przymocowany w środku podstawy czaszki, lecz bliżej kości potylicznej, skutkiem tego główka, posuwając się coraz niżej w miednicy, obniża się skutkiem oporu części miękkich coraz bardziej tyłogłowiem, a więc i ciemiączkiem małem ku dołowi. Dla przykładu odsyłam do podręcznika Bumma (Grundriss zum Studium der Geburtshilfe 1902, str. 199, Fig. 179), gdzie na str. 200—201 czytamy: »Nach dem Gesagten kann somit bei Primiparen in der Regel von einem besonderen Eintrittsmechanismus nicht die Rede sein. Der Kopf steht, wenn die Treibwehen ansetzen, bereits mit gesenktem Hinterhaupt tief im Becken. Wo dagegen der Kopf während der Eröffnungsperiode noch über oder nur lose auf dem Beckeneingang stand, wird ein Eintrittsmechanismus beobachtet und er besteht darin, dass der vorrückende Kopf sich stärker beugt, das Hinterhaupt tiefer tritt und zum vorausgehenden Theil wird«. Podobnie przedstawiają mechanizm porodu czaszkowego Olshausen i Veit (Lehrbuch der Geburtshilfe 1899), krótko mówiąc wszystkie znane i uznane podręczniki położnictwa na całym świecie od bardzo dawnych aż po dzisiejsze czasy, a więc i ja nie mogłem go inaczej przedstawić! Pytam się zatem, jaką bardziej charakterystyczną cechę prawidłowego porodu czaszkowego można podać położnej, jak tę, że przy badaniu wewnętrznem powinna stwierdzić ciemiączko małe na najniżej znajdującej się, a więc poprzedzającej części główki, t. j. tyłogłowiu?

Cechy prawidłowego okresu łożyskowego są krótko, lecz wyraźnie na str. 22 i 24 w ustępach »rozmiary macicy zaraz po urodzeniu się płodu« i »odklejanie się łożyska« podane, a polecone przezemnie kontrolowanie dna macicy, lecz bez niepotrzebnego jej nacierania, jest powszechnie przyjętą najracyonalniejszą zasadą postępowania w okresie łożyskowym.

Prof. Bylicki twierdzi, że »macica musi dnem wznosić się w górę w miarę obniżania się łożyska przez szyję do pochwy i że bez kropli krwi może dnem dosięgnąć do podżebrza, zwykle prawego«. Ładnie wyglądałaby ta rodząca i dydaktyczne wyniki szkoły położnych, której wychowanki zostałyby wyszkolone w pojęciu, że to nie szkodzi, gdy macica dosięga dnem do podżebrza!

Różnica między dyetą płynną, przezemnie w pierwszych 5 dniach połogu poleconą, a dyetą głodową dawniejszych czasów, stosowaną przez pierwsze tygodnie połogu, jest tak wielka, że dowcip o ziółkach ślazu, perzu i lukrecyi całkiem niewłaściwie został do niej zastosowany.

Także powątpiewanie Prof. Bylickiego o większej częstości krwawienia pochodzącego z pęknięć pochwy, niż z przedarcia szyi macicy, nie jest uzasadnione, bo u wieloródek pękają nierzadko żylaki w pochwie, podczas gdy u pierwiastek pęknięcia, zwłaszcza w dolnej części pochwy (nieraz w związku z tak częstem pęknięciem krocza) bywają tak częste, liczne i głębokie, że wywołują wogóle częściej krwawienia, niż przedarcia szyi macicy, choćby także dlatego, że szyja macicy pęka u pierwiastek z końcem pierwszego okresu porodowego i zanim nastąpi poród, upływa tak wiele czasu, że przedarcia szyi macicy zwykle już nie krwawią.

Wreszcie i język podręcznika nie podoba się Prof. Bylickiemu. Być może, że są w nim pewne naleciałości czternastoletniego pobytu wśród otoczenia niemieckiego, zdaje mi się jednak, że nie są one tak rażące, ażeby trzeba było koniecznie o nich wspominać. W każdym razie zaś należało dosłownie przytoczyć zwrot, który, jak sądzi Prof. Bylicki, »najlepiej się udał«. Mianowicie na str. 29 dałem takie określenie prawidłowych odchodów połogowych: »Zapach odchodów połogowych powinien być mdły, a nigdy cuchnący«; niema w tem zatem tej sprzeczności słownej, jaka się mieści w niedokładnym cytacie Prof. Bylickiego: »Zapach odchodów połogowych nie powinien być cuchnący«.

W ten sposób wykazałem, że wszystkie zarzuty Prof. Bylickiego są wręcz nieuzasadnione. Krytyka powinna być przedmiotowa, sumienna i lojalna, więc bezstronny czytelnik oceni, co należy sądzić o zarzutach, opartych przeważnie na niedokładnem cytowaniu tekstu lub na słowach i zdaniach wyrwanych z całości. Takie zarzuty zwracają się przeciw temu, kto je wymierzył. Daleki od przekonania o doskonałości mojego podręcznika, byłem z góry przygotowany, że niejedno w nim da się jeszcze poprawić i dlatego jestem gotów dla dobra sprawy przyjąć wszelkie życzliwe wskazówki, byle nie były tym duchem, co krytyka Prof. Bylickiego, owiane. Prof. Dr A. Sołowij.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Guleke. **Doświadczalne badania nad tężyczką.** (Arch. f. klin. Chir. 94, III.). Doświadczenia autora, przeprowadzone na psach i kotach, dowodzą pewnego antagonizmu między gruczołami przytarczycznymi, a nadnerczami i gruczołem tarczowym. Tak np. po usunięciu gruczołów przytarczycznych wybucha zwykle u zwierząt tężyczka. Otóż jeżeli wtedy usunie się nadnercza, tężyczka ustępuje i aż do śmierci zwierzęcia się nie zjawia. Natomiast nie następuje to lecznicze niejako działanie wyjęcia nadnerczy na tężyczkę, jeżeli pozostały w ustroju pewne części funkcyonujące tarczycy, co dowodzi wybitnego antagonizmu tarczycy i gruczołów przytarczycznych. K.

Bering i Meyer. **Doświadczalne badania nad uczulaniem na promienie Röntgena zapomocą przegrzewania.** (Münch. med. Woch. 1911, Nr 19). Dotychczasowe próby z uczulaniem tkanek na działanie promieni Röntgena przez ucisk, wstrzykiwania eozyny, choliny, lecytyny, chininy i t. p. nie dały wyników dodatnich, natomiast zauważono, że przegrzewanie (termopenetracya) zwiększa bardzo działanie promieni. Autorzy przeprowadzili badania kon-

trolne na jądrach królika i w istocie przekonali się, że poprzednie przegrzewanie zwiększa kilkakrotnie siłę działania promieni X. K.

Glaser. **Ogólne podstawy rozpoznania, wskazań i leczenia kamicy żółciowej.** (Münch. med. Woch. 1911, Nr 19). Praca Glasera jest niejako odpowiedzią na wywody Kehra w sprawie leczenia kamicy żółciowej (M. m. W. Nr 12). Dążeniem naszem powinno być umieć rozpoznawać kamicę wczas, a nie spierać się, czy w stadyach późnych leczyć ma internista, czy chirurg. Zdanie Kehra, że wyleczenia internistyczne są tylko pozorne, a w 80% sprawa przycicha sama i bez leczenia, jest o tyle niesłuszne, że sama zasada leczenia polega właśnie na tem, by pomagać naturze, a wywołanie przyciszenia choroby, trwającego latami, ma dla chorego niemniejsze znaczenie, niż wyleczenie np. przez operacyę, która po pewnym czasie dać może taksamo nawroty, zrosty i t p. Podług Glasera bardzo źle postępują chirurdzy, wycinając zawsze bez wahania woreczek żółciowy, który jest narządem potrzebnym i chroniącym od przepełnienia i zastoju w drogach żółciowych. Wreszcie broni Glaser chologenu, dowodząc, że w wielu przypadkach działa on znakomicie leczniczo, wywołując rozpuszczanie się częste cholestearyny. Obowiązkiem internisty jest w początkach zapobiegać i leczyć chorobę, a nie skazywać chorych ze względu na znaczny postęp chirurgii w każdym przypadku na operacyę. K.

Dentystyka.

Zilz. **Formicyna i jej zastosowanie przy amputacyi miazgi zębowej.** (Ash's Wiener Vierteljahrs. Luty 1911). Autorowi nie chodzi o wprowadzanie nowego sposobu leczniczego, raczej wraca się on w całej sprawie leczenia i stosowania leku wstecz do czasów wprowadzonej przez Adolfa Witzla amputacyi miazgi, oraz do czasów zastosowania formaliny przy zaopatrywaniu komory miazgowej i kanałów korzeniowych. Całą zasługę wprowadzenia metody formaldehydowej złożył autor na barki Bönneckena (kiedy w rzeczywistości, co z całym naciskiem zaznaczyć muszę, W. Łepkowski z Krakowa pierwszy niezależnie od Mariona i Forschmana w 1895 formalinę do stomatologii wprowadził, co zresztą sam Bönnecken mu przyznaje. [Centr. f. Ch. 1896/2 Nr 36, str. 863]. Przyp. sprawozd.). Autor zachęcony wynikami Bartholdyego, który stosował formicynę zamiast zawiesiny jodoformowo-glicerynowej w leczeniu gruźlicy stawów, postanowił zastosować ją także w dentystyce, tembardziej, że własnościami swojemi przewyższa ona swoją macierz, formaldehyd, a w działaniu wcale mu nie ustępuje. Formicyna jestto połączenie formaldehydu z acetamidem, zawierające około 32% formaliny. Formuła powstawania formicyny jest albo

$$CH_3\,COH\left\langle\begin{matrix} H \\ CH_2\,OH \end{matrix}\right.$$

albo

$$CH_3\,C\left\langle\begin{matrix} H—CH_2OH \\ OH \end{matrix}\right.$$

Formicyna jest cieczą oleistą, barwy jasnożółtej, o cięż. gat. 1·13—1·16, bardzo hygroskopijną, mimo to można ją otrzymać w postaci krystalicznej, chociaż z trudnością. Przypomina wonią aminy, a smak ma kwaśnogorzki. Oddziaływa kwaśno, a rozpuszcza się w każdym stosunku w wodzie, alkoholu, chloroformie; w glicerynie rozpuszcza się obficie. Do celów dentystycznych wyrabia ją firma Kalle & Co. w Biebreich we flakonach po 10—25 grm. Formicyna rozszczepia się w ciepłocie 25° C. zwolna na formaldehyd i acetamid, o wiele łatwiej w wyższej t. j. w ciepłocie ciała, a zupełnie przy gotowaniu, przyczem wydzielanie się czystego formaldehydu jest łagodne i powolne, skąd właśnie pochodzi brak zadrażnienia tkanek. Ta właśnie własność formicyny powolnego rozszczepiania się na części składowe nadaje jej, według autora, główne znaczenie, bo wtedy formaldehyd wydzielający się odkaża komorę miazgową i kanaliki zębów trwale przez cały czas działania, a acetamid znieczula resztki miazgi tkwiące w kanalikach, po części wstrzymując rozwój drobnoustrojów. Formicyna według badań Kocha w Aach wykazała silne własności bakteryobójcze, wzmagające się z podwyższeniem ciepłoty. Według badań Prof. Fürtha i jego asystenta Mayersteina jest ona zupełnie nietrująca.

Przy amputowaniu miazgi postępował autor według wskazówek Bönneckena w 950 przypadkach z bardzo dobrym wynikiem, bo tylko 2% było nieudałych. W doświadczeniach swych stosował autor u jednej i tej samej osoby na jednogatunkowych zębach równocześnie formalinę i formicynę i gdy stosowanie formaliny wywoływało z reguły podrażnienie ozębnej, nawet okostnej, trwające nawet tygodnie, to formicyna nie dawała wcale tych objawów, a badanie operowanych zębów prądem elektrycznym według Schrödera również świadczyło na niekorzyść formaliny. Autor zwraca uwagę na to, że zęby traktowane formicyną dają zupełną pewność spokojnego zachowywania się jako piloty pod korony mostkowe, natomiast zaopatrywane formaliną tej pewności nie dają. W pracy swej autor wspomina tylko o zębach dotkniętych przez zwykłe i ropne zapalenie miazgi; czy stosował to postępowanie w innych formach zapalenia miazgi, a zwłaszcza w zgorzeli miazgi, nie podaje.

W końcu streszcza autor własności formicyny jako przetworu formalinowego, mającego własność wydzielania czynnej formaliny przez czas długi, jako środka zupełnie niedrażniącego tkanek sąsiednich, łatwo dyfundującego i odkażającego pozostałe tkanki, wskutek swych własności hygroskopijnych wysuszającego tkanki, t. j. posiadającego własności mumifikacyjne, nie rozkładającego się prawie w ciepłocie pokojowej. Formicyna nie niszczy narzędzi, nie zabarwia tkanki zębowej, będąc substancyą oleistą, przylepia się silnie do ścian komory zęba i kanalików, a przez to znakomicie je uszczelnia, a wreszcie, mając kojące ból własności acetamidu, usuwa nieprzyjemne uczucie podrażnienia przez formalinę. Zęby traktowane formicyną należy operować pod kofferdamem, wypełniać je amalgamatem po zastosowaniu t. zw. kąpieli formicynowej, z następowem założeniem pasty formicynowej, którą nakrywa się tamponikiem waty asbestowej, pokrywając ją warstwą cementu, a ten dopiero właściwą plombą amalgamatową, gdyż według doświadczenia Bönneckena zwykły cement Harvarda nie jest szczelny i łatwo niweczy przez to działanie formicyny, resp. formaldehydu. Dr Janusz Wisłocki.

Położnictwo i ginekologia.

W. Wargasowa. **Przyczynek do kazuistyki wynicowania macicy.** (Russkij Wracz. 1911, Nr 17). Do W. zgłosiła się chora włościanka, w wysokim stopniu niedokrwista, z obrzękiem twarzy i nóg. Wywiady: Miesiąc temu odbyła poród po raz pierwszy. Natychmiast po urodzeniu się dziecka, obecna przy chorej babka wiejska wprowadziła rękę do wnętrza macicy i pociągając za łożysko, wynicowała macicę. Chora straciła przytomność; ocknęła się z omdlenia dopiero na drugi dzień. Wówczas dowiedziała się, że miała bardzo silny krwotok. Krwawienie w mniejszym stopniu trwało w ciągu 3 tygodni. Cały ten czas chora gorączkowała i doświadczała bolu brzucha. Obecnie krwawienie powtarza się naprzemian z upławami. Badanie chorej wykazało w pochwie obecność guza ruchomego, niezbyt bolesnego, kształtu gruszki. Powierzchnia guza krwawi przy najlżejszem dotknięciu. Ujść jajowodów nie udało się znaleźć. Badanie oburęczne wykryło nad guzem lejkowate zagłębienie, otoczone twardym wałem. Po kilkodniowem leczeniu przedwstępnem zapomocą ergotyny, gorzknika (hydrastis), tamponów z 10% jodku potasowego w glicerynie, ciepłych natrysków z rozczynu nadmanganianu potasowego, spróbowała W. dokonać odnicowania zapomocą rękoczynu

Denuce w uśpieniu chloroformowem, ale bezskutecznie. Wówczas dokonała W. operacyi według sposobu Piccoli-Boreliusa: Zapomocą 2 grubych podwiązek w okolicy dna, macica wynicowana została pociągnięta silnie ku górze i przodowi; po rozcięciu poprzecznem zatoki odbytniczo-macicznej wprowadzono palec lewej ręki od strony jamy brzusznej do zagłębienia lejkowatego. Następnie rozcięto nożyczkami szyjkę i tylną ścianę macicy prawie do samego dna. Po tym zabiegu udało się z łatwością odnicować macicę. Scianę macicy zeszyto katgutem; macicę odprowadzono przez otwór tylnego sklepienia do jamy brzusznej. Do macicy i do rany sklepienia wprowadzono sączki z gazy. Po operacyi ciepłota podnosiła się w ciągu 10 dni do 39° i wyżej; następnie zaś ustały wszelkie dolegliwości i operowana opuściła szpital w doskonałym stanie zdrowia.

M. Pietkiewicz.

Loiacono. **W sprawie gruźlicy przydatków.** (Arch. f. Gyn. t. 93, zesz. II.). Dotychczasowe badania, spostrzeżenia kliniczne i doświadczenia na zwierzętach są tak sprzeczne, że istnienie pierwotnej gruźlicy narządu rodnego u kobiet jest co najmniej wątpliwe. Objawy podmiotowe i przedmiotowe nie są wcale charakterystyczne i nie różnią się zwykle od tych, które wogóle występują przy innych także cierpieniach przydatków macicy. Z tego właśnie powodu rozpoznanie jest trudne, prawie niemożliwe. Rokować należy bardzo ostrożnie. Co się tyczy leczenia, to niema zgody między autorami; jedni radzą zawsze operować, drudzy uznają także leczenie zachowawcze; jedni są za operowaniem doszczętnem, inni za wycięciem tylko części chorobowo zmienionych. Autor podaje historye choroby i omawia krytycznie 12 przypadków, z których przeważna część (10) znajdowała się między 20—37 r. ż., a więc w okresie życia płciowego. 7 chorych nie przekroczyło jeszcze 3 lat pożycia małżeńskiego w chwili operacyi. Prawie u wszystkich stwierdzono pierwotne zajęcie płuc. 8 kobiet było bezdzietnych, fakt, na który prawie wszyscy autorzy zwracają uwagę. Jedna tylko rodziła 2 razy, jedna raz, a jedna roniła raz. W wielu przypadkach stwierdzono niedokształt całego narządu rodnego. Z głównych objawów najczęściej zauważono zaburzenia w miesiączkowaniu, nieprawidłowe krwawienia, upławy i bole o różnem nasileniu w okolicy przydatków. Objawów, wskazywać mogących na gruźlicę, jak gorączka, poty i in., nie zauważono. Badanie bakteryologiczne wydzieliny macicznej wypadało zawsze ujemnie. Zgodnie z innymi autorami stwierdzono szczególną skłonność prątków gruźliczych do sadowienia się w jajowodach, którą tłómaczą licznymi fałdami i małą żywotnością śluzówki jajowodu; prócz tego brak jej tej odporności, jaką okazuje śluzówka macicy, odnawiająca się prawie przy każdem miesiączkowaniu, brak również płaskiego, wielowarstwowego nabłonka, jaki posiada śluzówka pochwy. Jajniki rzadko tylko są zajęte, nawet i wtedy, gdy jajowody uległy zmianom. Zajęte przydatki tworzą zazwyczaj jeden duży guz, który z powodu licznych zrostów bardzo trudno oddzielić. Jajowód wypełniony jest zwykle masą serowatą, a jego śluzówka zniszczona. 3 chore zmarły zaraz po operacyi. Przyczyna tak złych wyników leży częścią w równoczesnem zajęciu płuc, a częścią w tem, że chore zgłaszają się do ginekologów zwykle bardzo późno. Leczenie w przypadkach autora było zawsze operacyjne i polegało w 8 na obustronnem, a w 3 na jednostronnem wyjęciu przydatków; w jednym przypadku pozostał prawy jajnik. Jajniki należy wogóle zostawiać gdzie i o ile tylko można, w przeciwieństwie do jajowodów, które zawsze należy usuwać doszczętnie.

E. Ehrenpreis.

Nowak Józef. **Przyczynek do leczenia zmiękhnienia kości adrenaliną.** (Arch. f. Gyn. t. 93, zesz. II.). Adrenalinę (Takamine $^1/_{1000}$) stosowano w 8 przypadkach w postaci wstrzykiwań podskórnych w ilości $^1/_2$—1 cm³ codziennie lub z przerwami dwudniowemi i kilkudniowemi; ilość wstrzykiwań wahała się między 8—13. Wyniki lecznicze nie potwierdziły wprawdzie entuzyastycznych pochwał Bossiego, nie były jednak złe. Tylko w 3 przypadkach można było stwierdzić korzystny wpływ adrenaliny, natomiast w innych nie zauważono żadnej poprawy, lub tylko lekkie zmniejszenie się bolów w kościach. W jaki sposób należy tłómaczyć wpływ adrenaliny na samą chorobę, N. nie rozstrzyga. Powyższe wyniki autora i innych badaczy nakazują w każdym przypadku przed wykonaniem operacyi (castratio) spróbować działania nadnercza, które ze środków zachowawczych — obok fosforu — z pewnością zasługuje na uwzględnienie. W końcu radzi N. dla uzupełnienia leczenia zachowawczego czy operacyjnego, zastosować w każdym przypadku zmiękhnienia kości równocześnie leczenie ortopedyczne, które wobec podatności kości przy tej chorobie może przeciw różnym ich zniekształceniom oddać bardzo dobre usługi.

E. Ehrenpreis.

I. Zjazd lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego w Łodzi w dniu 4. i 5. czerwca 1911.

Rezolucye Zjazdu.

1) Podniesienie szpitalnictwa w Królestwie Polskiem do poziomu współczesnych wymagań wiedzy lekarskiej może nastąpić jedynie przez zaprowadzenie samorządu ziemskiego i miejskiego w najszerszym zarkesie.

2) Tymczasem dążyć należy do pewnych zmian na lepsze w naszych szpitalach drogą inicyatywy prywatnej przy pomocy energicznych usiłowań jednostek, oraz wystąpień zbiorowych.

3) Pod tym względem oddać mogą sporą usługę Towarzystwa lekarskie przez rozpatrywanie spraw lekarskich na swoich zebraniach, przez wyszukiwanie i wskazywanie odpowiednich dróg do zmian na lepsze.

4) Drogą inicyatywy prywatnej dążyć do zakładania w miastach powiatowych szpitali dziecięcych, z uwzględnieniem współczesnych wymagań wiedzy, mianowicie specyalnych pawilonów dla poszczególnych chorób, osobniczych izolowań chorych, oraz zabezpieczenia przed przeniesieniem zarazy do szpitali z zewnątrz przez osoby, odwiedzające chorych.

5) Podstawy naukowe szpitalnictwa psychiatrycznego w Królestwie Polskiem powinny być opracowane przez odpowiednie zrzeszenia fachowe. Wobec tego wnioski Dra Chodźki, dotyczące stanu opieki nad umysłowo chorymi w Królestwie Polskiem, Zjazd przekazuje Komisyi stałej Zjazdów lekarzy prowincyonalnych z Królestwa Polskiego, oraz Komisyi stałej Zjazdów neurologów i psychiatrów polskich.

6) Wobec tego, że warunki pracy lekarzy prowincyonalnych są bardzo ciężkie, a byt materyalny w większości przypadków jest bardzo niedostateczny, dążyć należy do zmiany warunków na lepsze, z jednej strony drogą odpowiedniego przygotowania fachowego, przystosowanego do potrzeb lekarzy prowincyonalnych przy pomocy odpowiedniej organizacyi przy szpitalach dla lekarzy początkowych, oraz przez urządzenie kursów praktycznych, z drugiej strony przez zrzeszanie się w celach naukowych, etycznych i materyalnych.

7) Ze względu na to, iż ciężkie warunki pracy lekarskiej na prowincyi w znacznym stopniu zależne są od stanu kultury ludu naszego, udział lekarzy w pracy nad podniesieniem kultury i oświaty szerszych mas jest jaknajbardziej pożądany.

8) Lekarze prowincyonalni w obecnych warunkach mogą zabezpieczać swój byt materyalny tylko do pewnego stopnia i tylko przez składanie oszczędności w odpowie-

dnich kasach, n. p. warszawskiej Kasie pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy, ubezpieczeń na życie i od wypadków.

9) Sprawa należytego zabezpieczenia bytu materyalnego lekarzy stać się powinna przedmiotem obrad, jako sprawa programowa. Wobec tego wszystkie wnioski, dotyczące tej sprawy, przekazuje się Komisyi stałej Zjazdu lekarzy prowincyonalnych.

10) Stosunki lekarzy wzajemne do siebie i do pacyentów powinny być regulowane przez Towarzystwa lekarskie, za przykładem Tow. lekarskiego radomskiego i innych.

11) Wobec braku celowej organizacyi pomocy lekarskiej dla ludu w naszym kraju, lekarze prowincyonalni, szczególnie zamieszkali po osadach i w mniejszych miastach, gdzie niema szpitali, powinni pomyśleć sami o utworzeniu chociażby w najętym w tym celu domu czasowego przytułku dla chorych i o daniu im możności leczenia się. Takie zapoczątkowanie ułatwi w przyszłości powstawanie racyonalnie urządzonych szpitali, które jedynie mogą naszemu wieśniakowi nieść rzetelną pomoc w jego chorobie.

12) Nader opłakany stan obecny rzeczoznawstwa sądowego lekarskiego wogóle, w szczególności zaś na prowincyi, wymaga wielkich reform prawodawczych.

13) W celu pewnej poprawy stanu rzeczoznawstwa pożądane jest oddzielenie funkcyi lekarsko-sądowych od czynności lekarsko-administracyjnych.

14) Akcya, dążąca do urządzenia przy sądach okręgowych odpowiednio zaopatrzonych w narzędzia pokojów do badań sądowych, powinna być podjęta w kraju całym przez lekarzy rzeczoznawców w sposób, zależny od warunków miejscowych.

15) W przypadkach tak zwanych nerwic urazowych wymagać należy przed wydaniem opinii bezwzględnej obserwacyi sześciotygodniowej w szpitalu lub lecznicy prywatnej. Obserwacya ma być dokonywana przez lekarzy, wyznaczonych przez sąd.

16) Wydawanie ostatecznych orzeczeń o wynikach uszkodzenia przy pracy nie powinno nadal obowiązywać lekarza fabrycznego, zarówno wtedy, gdy robotnicy danej fabryki są ubezpieczeni w Towarzystwie asekuracyjnem, jak i wtedy, gdy przemysłowiec sam płaci odszkodowanie poszwankowanym robotnikom.

17) W środowiskach fabrycznych winny powstać biura ekspertyz lekarskich, złożone z kilku członków, mających prawo w razach wątpliwych uciekać się do pomocy specyalistów. Orzeczenia biura mogą być płatne.

18) Uchwały powyższe, dotyczące rzeczoznawstwa fabrycznego, powinny być zakomunikowane wszystkim lekarzom w Króletwie, oraz przemysłowcom i działającym Towarzystwom ubezpieczeń.

19) Zanim powstaną biura ekspertyz lekarskich, Zjazd nawołuje lekarzy do specyalizowania się w zakresie rzeczoznawstwa fabrycznego.

20) Wobec małej liczby danych statystycznych, dotyczących stanu zdrowia ludności w Królestwie, pożądane jest wyzyskiwanie i opracowanie takich danych, które są już w rozporządzeniu lekarzy. Do tej kategoryi zaliczyć należy obfity materyał co do stanu zdrowia robotników, przyjmowanych do pracy w fabrykach. W samej bowiem Łodzi dokonano oględzin około pół miliona od r. 1893 do ostatniej chwili.

21) W celu utrzymania stanu lekarskiego na wysokim poziomie etycznym, Towarzystwa lekarskie i prasa lekarska powinny poświęcać sprawom etycznym więcej czasu i miejsca, oraz między innemi zapobiegać zbyt pochopnemu wydawaniu świadectw, tudzież potępiać pojedyncze przypadki zarobków nieprawnych, związanych ze świadczeniem i wydawaniem świadectw nieścisłych.

22) Zalecić należy gorąco lekarzom prowincyonalnym wzięcie w opiekę szkół początkowych przez wejście do rad szkolnych, przez czuwanie nad warunkami higienicznymi szkół, przez usuwanie wad fizycznych, uniemożliwiających dzieciom pracę umysłową i hamujących ich rozwój. Wytworzenie opieki lekarskiej w szkołach początkowych, za przykładem nielicznych szkół prywatnych (Tow akc. »Zawiercie« i kolej warszawsko-wiedeńska w Żbikowie), jest nadzwyczaj pożądane, ze względu na doniosłe znaczenie opieki lekarskiej w podnoszeniu kultury młodych pokoleń.

23) Wobec konieczności obopólnej pracy medycyny praktycznej i ściśle naukowo-laboratoryjnej, pożądane jest zakładanie i utrzymanie pracowni dyagnostyczno-rozbiorczych, w celu ułatwienia korzystania z nich ogółowi.

24) Pracownie prywatne, któreby służyły miastom lub powiatom, powinny otrzymywać od zarządów miast, względnie powiatów, stałą subwencyę i zależnie od jej wysokości analizy sanitarno-higieniczne wykonywane być mogą przez daną pracownię na żądanie urzędów lekarskich albo bezpłatnie, albo też za pewnem wynagrodzeniem dodatkowem.

25) W szpitalach prowincyonalnych większych personal lekarski powinien być tak dobierany, ażeby przynajmniej jeden z lekarzy obznajmiony był należycie z metodami chemiczno-bakteryologicznemi i ażeby miał dość czasu na prowadzenie potrzebnych badań.

26) W miejscowościach, gdzie istnieją Towarzystwa naukowo-lekarskie lub higieniczne, powinny one przez odpowiednie uświadomienie ogółu i odpowiednich sfer wpływać na zakładanie pracowni chemiczno-bakteryologicznych kosztem miast, względnie powiatów lub instytucyi społecznych.

27) Zważywszy, iż zaniedbany rak macicy, ze względu na częstość swego występowania i na straszne cierpienia, których przyczyną się staje, jest jedną z najcięższych plag świata kobiecego i jednym z najboleśniejszych dowodów bezsilności wiedzy lekarskiej; zważywszy, iż obecny stan ginekologii operacyjnej umożliwia doszczętne usunięcie raka macicy we wczesnym okresie choroby; zważywszy, iż propaganda, mająca na celu jak najwcześniejsze zgłaszanie się do operacyi chorych na raka macicy, dała w innych krajach poważne dodatnie wyniki — I. Zjazd lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego uważa za niezbędne, aby każde Towarzystwo lekarskie w Królestwie Polskiem rozesłało do zamieszkujących w obrębie jego wpływów lekarzy list, któryby uprzytomniał objawy rozpoczynającego się raka macicy, możliwość doszczętnego jego usunięcia, doniosłość wczesnego operowania; aby rozesłało odpowiedni list do akuszerek i zwróciło się do kierowników szkół dla akuszerek tam, gdzie one istnieją, z prośbą o żądanie od uczennic znajomości pierwszych objawów raka i wszczepienie im odpowiedzialności za leczenie chorych ginekologicznie kobiet; aby popierało akcyę Tow. higienicznego, mającą na celu zaznajomienie szerszej publiczności z objawami raka macicy, z możliwością doszczętnego jego wyleczenia i doniosłością wczesnego operowania. Zjazd uważa za pożądane, ażeby szpitale i ambulatorya w Królestwie obliczały corocznie odsetki radykalnie zoperowanych raków macicy w stosunku do wszystkich, które się zgłosiły i przysyłając te dane liczbowe do warsz. Tow. hig., umożliwiły mu kontrolę skuteczności akcyi prowadzonej.

28) W sprawie walki z chorobami zakaźnemi konieczne jest prowadzenie rejestracyi chorych zakaźnych, izolowanie chorych od zdrowych, oraz odkażanie mieszkań i rzeczy zakażonych. Osiągnąć to się da jedynie po należytem uświadomieniu ogółu o korzyściach stąd wynikających, co jest obowiązkiem lekarzy bodaj najważniejszym w przededniu samorządu.

29) Zważywszy, że pijacy łatwiej zapadają na choroby zakaźne; zważywszy istnienie niewątpliwego przyczynowego związku między nadużywaniem wyskoku a powstawaniem

wielu chorób, Zjazd stwierdza szkodliwość napojów wyskokowych i niezbędność zwalczania opilstwa.

30) Uznając, że walka z toczniem, stanowiąca część ogólnej walki z gruźlicą, posiada doniosłe znaczenie społeczne, Zjazd lekarzy prowincyonalnych w Łodzi zwraca się do istniejących w kraju Stowarzyszeń, których celem jest zwalczanie gruźlicy, aby tę sprawę ujęły w swe ręce i rozpoczęły energiczną działalność w tym kierunku. Do prowadzenia planowej i systematycznej pracy na polu zwalczania tocznia w kraju naszym niezbędna jest czynna pomoc wszystkich lekarzy prowincyonalnych.

31) Wobec tego, iż w szpitalach 1083 łóżek ogólnych' 3 łóżka dla rodzących, 12 łóżek na oddziale gruźliczym w mieście o półmilionowej ludności, przodującem całej Europie pod względem śmiertelności z gruźlicy, nie odpowiadają najskromniejszym wymaganiom szpitalnictwa, szybka budowa ogólnego szpitala miejskiego, przytułków położniczych, sanatoryum ludowego dla gruźliczych jest palącą koniecznością dla Łodzi.

32) Zjazd uważa za pożądane:

a) W przyszłych samorządach ziemskich ułatwienie przewożenia chorych do większych ognisk, jak również umożliwienie korzystania z porad specyalistów chirurgów.

b) Posady lekarzy szpitalnych powierzane być winny lekarzom obeznanym z chirurgią.

c) Zwiększenie liczby lekarzy szpitalnych conajmniej do dwóch.

Poza tem Zjazd przyjął do wiadomości, że pożądanem byłoby dokonywanie badań nad wodami mineralnemi w Tuszynie (siarczane), Inowłodzu (siarczane) i w Solcu pod Ozorkowem (solanki); wszystkie trzy miejscowości leżą w powiecie łódzkim.

Sekcya chirurgiczno-ginekologiczna

podały Dr Radwańska-Tomaszewska i Dr Z. Garlicka.

1) S. Dobrucki (Lublin). **Sprawność szpitali prowincyonalnych Królestwa wobec najniezbędniejszych rękoczynów chirurgicznych.**

1. Duże szpitale, znajdujące się w większych ośrodkach, odpowiadają wymaganiom ostatnim. 2. Spostrzega się większą zamożność i lepsze urządzenie w szpitalach fabrycznych, jakoteż i z fundacyi prywatnych powstałych, niżeli w szpitalach, znajdujących się pod bezpośrednim zarządem Rad. Dobr. Op. Publicznej. 3. Małe szpitale nie odpowiadają wymaganiom chirurgii współczesnej: brak izolacyi chorych, niedokładna aseptyka, brak pracowni do rozbioru wydzielin i t. d. Często nawet średnia liczba chorych jest niższa od etatowej; fakt ten dowodzi niewielkiej żywotności małych szpitali prowincyonalnych.

Wnioski (przy istniejącym samorządzie): 1. Wszystkie większe szpitale powinny być ośrodkami dla mniejszych. Te zaś znów powinny podawać tylko pomoc w przypadkach nagłych, chorych zaś, potrzebujących zabiegu chirurgicznego lub ginekologicznego, odsyłać do szpitali dużych. W tym celu musi być doskonale zorganizowane przewożenie chorych; nawet samochodami, znajdującymi się przy szpitalach dużych. (Drogi komunikacyjne przy samorządach będą lepsze, niż obecnie). 2. Wobec przewidywanej wreszcie większej płacy lekarzy szpitalnych, powinny być podniesione wymagania co do przygotowania lekarzy. Posady szpitalnej nie powinno się dawać lekarzowi, który nie przedstawi zaświadczenia conajmniej 2-letniej praktyki w jednym z większych szpitali i dokładnego obeznania się z małą chirurgią, ginekologią i t. d.

W dyskusyi Idzikowski jest przeciwny podporządkowywaniu szpitali małych dużym. — Gelibter sądzi, że i w małych szpitalach lekarz powinien uprawiać chirurgię. — Wasilewski proponuje zwiększenie ilości lekarzy w małych szpitalach do dwóch. — Sawicki także jest przeciwny ograniczeniu szpitali mniejszych. Należy dążyć do ujednostajnienia naszych prowincyonalnych oddziałów chirurgicznych i starać się o przejście szpitali z pod zarządu rad powiatowych pod zarząd miast. Należy wybrać komisyę, któraby opracowała typ urządzeń takiego oddziału chirurgicznego i obliczyła średni koszt utrzymania chorego.

2) E. Wiszniewski (Siedlce). **O gruźlicy chirurgicznej w szpitalu Najśw. Maryi Panny w Siedlcach w ubiegłem dziesięcioleciu.**

Ilość chorych na gruźlicę chirurgiczną w ubiegłem dziesięcioleciu w stosunku do ogólnej ilości chorych w tymsamym czasie waha się w niewielkich granicach. Prelegent podaje tablicę poszczególnych chorób z odsetką wyzdrowień, polepszeń, bez pozdrowienia i śmierci i ocenę wartości stosowanych metod leczniczych i zabiegów chirurgicznych. Pierwszeństwo przyznaje metodom krwawym: wyraża zdanie, że chorych takich należy ze szpitali prowincyonalnych wyosobnić do specyalnych sanatoryów.

3) A. Zaleski (Płock). **Niektóre błędy w leczeniu gruźlicy chirurgicznej.** Prelegent gani zbytnią pohopność w otwieraniu ropni gruźliczych, daleko łatwiej gojonych sposobem zachowawczym.

Dyskusya wspólna nad odczytami E. Wiszniewskiego i A. Zaleskiego: Kryński sądzi, że w zakażeniach mieszanych należy stosować leczenie krwawe. Także u chorych niezamożnych lepsze jest ze stanowiska społecznego więcej radykalne postępowanie. — Goldmann: Szpitale prowincyonalne mają lepsze warunki klimatyczne dla chorych gruźliczych, niż wielkomiejskie. Mowca zarzuca lekarzom prowincyonalnym brak wykształcenia ortopedycznego. — Watten jest za zachowawczem leczeniem u dzieci, bardziej radykalnem u dorosłych. — Sitkowski radzi rozróżniać dwa typy płynów, używanych do wstrzykiwań: płyn wywołujący stwardnienie i płyn rozpuszczający. — Tomaszewski uzależnia postępowanie przy gruźlicy od wieku chorego i zaznacza, że ortopedyczne przyrządy dadzą się zastąpić przez gips, gdyż w leczeniu gruźlicy chodzi przedewszystkiem o unieruchomienie stanu. — Sawicki radzi zmieniać co jakiś czas środek używany do wstrzykiwań i zwraca uwagę na miejscowe naświetlania promieniami słońca, które obecnie stosują w Szwajcaryi z dobrymi wynikami. — Dobrucki był dawniej zwolennikiem radykalniejszego postępowania, ale widywał nawroty nawet w 4 lata po operacyi doszczętnej. Reasumując dyskusyę, stwierdza, że niezawodnej metody leczenia gruźlicy chirurgicznej niema, należy więc indywidualizować zależnie od wielu czynników.

4) A. Zaleski (Płock). **Przypadek wprowadzenia przepukliny »en masse«.** Repositio herniae cruralis en masse. Przy operacyi znaleziono w jamie otrzewnej przepuklinę uwięzniętą we worku; po uwolnieniu uwięznięcia zeszycie od strony jamy brzusznej.

5) A. Zaleski (Płock). **Przyczynek do odprowadzania przepuklin.** Opis przypadku przepukliny pępkowej, którą na mieście odprowadzono, a przy operacyi okazało się, iż zawartość worka wprowadzona była przez drugi (sztuczny) otwór obok pępka pod odłuszczoną otrzewnę.

W dyskusyi oświadcza się Kryński jako bezwzględny przeciwnik odprowadzania przy przepuklinach uwięzniętych; zaleca t. zw. sposób »ziemski«, proponowany przez Dra Farmakowskiego.

7) A. Goldman (Łódź). **Odkażenie rąk i pola operacyjnego.** Trzy sposoby doprowadziły do osiągnięcia największej pewności możliwie prostymi środkami: a) odkażanie skóry nalewką jodową, b) pokrywanie rąk gumowemi rękawiczkami, c) odkażanie alkoholem.

W dyskusyi przypomina Zaleski przypadek śmiertelnego zatrucia jodyną, stosowaną obficie na rany; zaleca

mycie naftą (2 minuty), potem benzynę. — Dobrucki jest zwolennikiem rękawiczek; sam stosuje jodynę już od 10 lat, zwłaszcza na rany miażdżone. — Sawicki uważa jodynowanie za dobre, zwłaszcza na skórze bardzo brudnej, gdzie energiczne mycie nieraz sprowadza różę; radzi stosować jodynę przy zapaleniu nerek i dnie. Jodyna jest zupełnie bezsilna przy prątku ropy błękitnej. — Watten sądzi, że rękawiczek należy używać przy sprawach ropnych dla ochrony rąk przed zakażeniem. Od kilku tygodni robi próby z jedwabiem niegotowanym, tylko zanurzanym na 15 minut w jodynie z dobrym wynikiem. — Tomaszewski stosuje stale jodynę u dzieci, wyprysku prawie nie spostrzegał; ważnem jest, aby jodyna była w dobrym gatunku. — Czerwiński stwierdza skuteczność jodyny, a bezsilność jej przy prątku ropy błękitnej. — Goldman: Dawno stosowano już jodynę, ale dopiero Grossich zrobił z tego metodę. Objawy zatrucia zależały prawdopodobnie od falsyfikatu, użytego zamiast jodyny. Przylepiec stosowany na skórę jodynowaną wywołuje wyprysk. Przy zetknięciu się jelit z jodyną wzmaga się powstawanie zlepów między niemi.

9) H. Goldberg (Łódź). **Praktyka znieczulania lędźwiowego.** Prelegent omawia obszernie technikę znieczuleń lędźwiowych (położenie chorego podczas nakłucia i przebiegu znieczulania; aseptyka wkłucia; dawkowanie; miejsce wkłucia), wyniki znieczuleń lędźwiowych w szpitalu św. Aleksandra, powikłania podczas i po operacyi, wskazania i przeciwwskazania.

W dyskusyi przypomina Wiszniewski uporczywe bole głowy po znieczuleniu lędźwiowem. — Watten przytacza przypadek śmierci po niewielkiej dawce tropakokainy i przypomina późno występujące zapady. — Goldman widział późne i ciężkie powikłania nerwowe (porażenia kończyn) po tem znieczuleniu; stosuje je wyjątkowo, gdzie uśpienie ogólne jest przeciwwskazane i to przy operacyach poniżej pępka. — Goldberg ciężkie bole głowy spotykał rzadko. Niema statystyki śmierci od narkozy chloroformowej, więc trudno porównywać te metody. Po znieczuleniu lędźwiowem nie zdarza się późna śmierć, która zdarza się przy innych znieczuleniach.

12) J. Leyberg (Łódź). **O martwicy tkanki tłuszczowej w patologii skóry ludzkiej.** (Rzecz, drukowana w Nr 22. »Przeglądu i Czasopisma lek.«).

13) A. de Michelis (Chełm). **Kilka słów o intubacyi.** Przy intubacyi nie należy używać »stałej nitki«, ale posiłkować się »prowizoryczną nitką«. Ekstubacyę najlepiej uskuteczniać ekstubatorem. Tubusa dłużej nad 3 doby nie należy pozostawiać w tchawicy. Jeżeli zachodzi potrzeba dłuższego nad 3 dni pozostawienia tubusa w tchawicy, to metalowy tubus zamienić na celluloidowy. Błonicę i dławiec błoniczy należy z samego początku energicznie leczyć surowicą przeciwbłoniczą, wskutek czego intubacya stanie się w większej części przypadków zbyteczna. Jeżeli po trzech dobach intubowania duszność nie zmniejszy się, lub tubus przy kaszlu ciągle wypada, wykonać należy tracheotomię.

Dyskusya: Sitkowski sądzi, że 3 dni jest za krótkim terminem do stosowania tracheotomii wtórnej. Chcąc zapobiedz wypadnięciu rurki intubacyjnej, wystarczy przekłuć krtań igłą i w ten sposób rurkę umocować nitką. — Tomaszewski na podstawie dużego materyału szpitala Anny Maryi nie doszedł do żadnego stanowczego wniosku, kiedy należy ekstubować. W niektórych przypadkach już po jednym dniu tworzyły się odleżyny, w innych po kilku dniach ich nie było. W każdym razie po 24 godzinach należy próbować ekstubacyi. — Wiszniewski wskazuje na ogromną śmiertelność osesków zarówno przy intubacyi, jak i przy tracheotomii. Intubacya w prywatnej praktyce jest trudna do przeprowadzenia z powodu konieczności stałego dozoru lekarskiego. Ekstubowanie ekstubatorem jest trudne, a przy ucisku na krtań rurka sama wypada.

14) A. Tomaszewski (Łódź). **O wczesnem rozpoznawaniu i leczeniu gruźlicy stawu biodrowego.** Prelegent mówił o nowej metodzie rozpoznawczej, podanej przez Waldenströma przy chorobach kości i stawów, polegającej na wstrzykiwaniu tuberkuliny. Odczyn przy gruźlicy jest miejscowy i polega na ograniczeniu ruchów, obrzmieniu i zwiększonej bolesności. Prelegent zastosował tę metodę w jednym przypadku u dziewczynki 5-letniej. Próba wypadła pomyślnie. Prelegent zachęca więc kolegów pracujących w szpitalach do stosowania tej metody rozpoznawczej, która w przypadkach wątpliwych może oddać ogromne usługi, jeżeli dalsze doświadczenia potwierdzą jej zalety.

W dyskusyi radzi Wiszniewski stosować wstrzykiwania tuberkuliny w celach leczniczych.

15) M. Marks (Łódź). **O stosowaniu metody Biera w praktyce prywatnej.**

Prelegent usilnie zaleca stosowanie opasek Biera przy ropowicach i zastrzałach, a stosowanie baniek przy ropniach, szczególniej sutka. Opaski nakłada na 20—22 godzin, bańki na 2 godziny bez przerwy. Po ich zdjęciu okłady pod ceratką. Przypadki nawet zaniedbane udaje się w ten sposób wyleczyć bez zesztywnienia stawów i bez użycia noża; wyjątkowo tylko robi M. małe nakłucia.

Dyskusya: Wiszniewski twierdzi, że jedynie przy zapaleniu sutka i szpiku kostnego metoda ta daje dobre wyniki. — Ciechomski uważa zbyt szerokie stosowanie tej metody za wstecznictwo w chirurgii. W początkowych okresach powierzchownych spraw ropnych można jej używać, w sprawach głębszych i rozszerzających się możemy nią tylko szkodzić. — Perlis przypomina, że sami twórcy metody wracają do szerokich nacięć i drenowania i podkreśla surową krytykę, jaka obecnie tę metodę spotyka w Niemczech. Zwraca uwagę, że dwugodzinne stosowanie baniek bez przerwy jest sprzeczne z zasadami metody Biera. — Helman zwraca uwagę na zgubne skutki, jakie mogą wyniknąć ze stosowania metody Biera w chirurgii usznej. — Watten sądzi, że idąc za radami prelegenta, więcej się zaszkodzi choremu, niż pomoże. Metodę Biera można stosować w pierwszych dniach, ale najlepiej zaraz operować, a po szerokiem otwarciu, zwłaszcza spraw głębszych, można stosować przekrwienie bierne. — Dobrucki: W sprawach postępujących, zwłaszcza na tle paciorkowców, metoda Biera jest bezwzględnie przeciwwskazana. Mikulicz radził nacięcie, zanim się zbierze ropa. Przy głębokich pozagruczołowych ropniach sutka metoda Biera nie może dać żadnych wyników. Przekrwienie bierne można stosować tylko w sprawach ograniczonych. — Prelegent pozostaje na swem stanowisku i poleca metodę Biera zarówno w początkowych okresach spraw ropnych, jak i w przypadkach zaniedbanych.

16) J. Birencweig (Łódź). **O zachowawczem leczeniu chorób skórnych.** Naskórek stanowi między innemi skuteczną tamę przeciwko przedostaniu się do ustroju drobnoustrojów: gronkowców, paciorkowców, leżących na nieuszkodzonym naskórku; uszkodzenie naskórka z jakichkolwiek powodów (cierpienia skóry, stosowanie ostrych środków miejscowo i t. d.) wywołuje współistnienie chorób skórnych, wywołanych przez drobnoustroje ropne, np. odparzenie ułatwia powstawanie niesztowic (impetigo Boekhardt) i t. d. Wobec tego należy przy miejscowem leczeniu chorób skóry dążyć do możliwie największego zachowania naskórka, szczególnie w przypadkach, gdzie natura cierpienia nie wymaga jego usuwania.

---

17) Czerwiński (Lublin). **Postępy położnictwa w zakresie wykonawstwa lekarza-praktyka.** Prelegent zaznacza wyższość stosowanej obecnie powszechnie w położnictwie aseptyki nad dawniejszą antyseptyką. Doniosłe uzupełnienie aseptyki widzi w używaniu rękawiczek gumo-

wych, które radzi »nosić między operacyami, do operacyi zdejmować«, gdyż stałe ich stosowanie jest dla lekarza-praktyka zbyt kosztowne, i zresztą nie daje lepszych wyników, niż dokładne odkażenie rąk. Cięcie pozaotrzewne ze względu na częste bardzo poważne trudności techniczne uważa za nieodpowiednie dla lekarza-praktyka. Rozszerzadła Bossiego również nie poleca. Zaznacza, iż lekarz-praktyk uzyskał potężny oręż do walki z krwotokiem poporodowym w adrenalinie i w zabiegu Momburga. Sprawy wczesnego wstawania położnic nie uważa prelegent za zamkniętą. W leczeniu zakażenia połogowego radzi przedewszystkiem pamiętać o zasadzie: »primum non nocere«. Z zabiegów leczniczych dobre wyniki dają: przemycie macicy przy lochiometra; przy zakażeniu ogólnem — surowice swoiste w bakteryemii przy niezbyt wielkiej ilości bakteryi, i kolargol, jako środek ułatwiający ustrojowi niszczenie toksyn; oba środki mają swoje ujemne strony. W traktowaniu powikłań otrzewnych strychnina i atropina zastąpiły makowiec.

18) Kaufman (Łódź) wygłosił wykład na **ten sam temat**. Po krótkim zarysie historyi położnictwa przeszedł prelegent do najnowszego okresu: położnictwa chirurgicznego. Okres ten inaugurują: cięcie cesarskie pochwowe Dührssena i cięcie cesarskie pozaotrzewne Franka-Sellheima-Döderleina. Pomimo wielkich postępów położnictwo dotychczasowe miało poważne braki: konieczność zabijania niekiedy żywego płodu, trudności w szybkiem rozwiązaniu ciężarnej przy drgawkach porodowych, kaleczenie dróg porodowych przy ciężkich kleszczach, zwłaszcza wysokich. Wszystkie te braki usunięte być mogą dzięki wymienionym dwom operacyom, z których pierwsza stosowana być może tylko przy miednicy obszernej, druga bez względu na wymiary miednicy. Prelegent opisuje technikę tych operacyi, uważając technikę operacyi Dührssenowskiej za bardzo prostą, technikę cięcia pozaotrzewnego za bardziej skomplikowaną. Operacye te zmniejszyły śmiertelność przy rzucawce z 39% na 12,5% (według niektórych autorów nawet do 6,5%), przy przodującem łożysku z 10% na 2,8%. Lekarz-praktyk musi umieć je wykonać w niektórych wyjątkowych przypadkach. Tak samo musi posiadać dość techniki chirurgicznej, aby dokonać operacyi brzusznej przy krwotoku z powodu ciąży zewnątrzmacicznej i poradzić sobie z pęknięciem macicy lub sklepienia pochwowego. Wreszcie opisuje prelegent własne 2 przypadki cięcia cesarskiego pochwowego i 9 przypadków laparotomii, wykonanych w domach prywatnych (1 na wsi), oraz 4 przypadki pęknięcia sklepienia pochwowego, leczone w mieszkaniu chorych.

19) Sitkowski (Radzyń, gub. Siedlecka) w odczycie: **O aseptyce położniczej w praktyce prywatnej,** opisuje wyjątkowo ciężkie warunki, w jakich się nieraz znajduje lekarz, wezwany do rodzącej na wsi. Brak tam najniezbędniejszych przedmiotów codziennego użytku: mydła, wody, czystej bielizny, światła. Natomiast w pochwie rodzącej można często znaleść słomę lub kawałki cukru, wkładane tam w celu przyspieszenia porodu. 2 razy zastał prelegent płód, którego nóżki i tułów były już urodzone. Dziecko dawało oznaki życia. Nie może być wtedy mowy o dokładnych przygotowaniach, należy działać natychmiast. Autor od 10 lat zabiera ze sobą do porodu swego pomysłu kociołek, hermetycznie zamknięty i zawierający 8 litrów wody wyjałowionej w tym kociołku przez gotowanie na maszynce »primus« lub w autoklawie. Po założeniu wygotowanej rurki gumowej zamienia się kociołek w idealny irygator. Prelegent demonstruje rysunek kociołka. Oprócz kociołka, szczotek, spirytusu mydlanego i t. p., zabiera prelegent zawsze puszkę z 8 wyjałowionemi serwetkami, oraz rękawiczkami, których używa w przypadkach nie cierpiących zwłoki.

20) Raszkes (Radom) w odczycie: **O postępach położnictwa** omawia nowe metody operacyjne: metodę Bossiego, cięcie cesarskie pochwowe, przecięcie kości łonowej i cięcie cesarskie zewnątrzotrzewne. Przy stosowaniu sposobu Bossiego miał prelegent zawsze rozdarcia szyi macicznej, gorąco więc zaleca zastępować stale sposób Bossiego przez cięcie cesarskie pochwowe, które może być wykonane i w warunkach praktyki prywatnej. Hebosteotomię uważa prelegent za operacyę bardzo niebezpieczną. Ze wszystkich odmian zewnątrzotrzewnego cięcia cesarskiego jedynie metoda Frommego jest łatwa do wykonania, typowa i nie daje ciężkich powikłań, dlatego może być wykonana i przez lekarzy prowincyonalnych, nawet w niedużych szpitalach, jak tego dowodzi opisany przez autora własny przypadek.

W dyskusyi nad powyższymi odczytami pokrewnej treści poruszano sprawę rękawiczek, postępowania przy drgawkach i zakażeniu połogowem, zaznaczano ujemne strony metody Momburga. — Kol. Tokarzewski uważa konsekwentne stosowanie rękawiczek w praktyce prywatnej za niewykonalne, kol. Raszkes za zbyteczne (jednakowe wyniki w większych statystykach, szybkość zabiegów położniczych). — Kol. Kaufman zaleca rękawiczki właśnie w praktyce prowincyonalnej, gdzie lekarz nie może uniknąć stykania się z ropą i nie może potem zachować abstynencyi od zabiegów położniczych. — Kol. Sitkowski twierdzi, iż wyjałowione rękawiczki są niezbędne w niektórych przypadkach nie cierpiących zwłoki. — Kol. Giedryk (z Kamienicy Polskiej) opisuje z własnej praktyki 10 przypadków drgawek porodowych, leczonych morfiną, (czasem morfiną z wodanem chloralu), z których żaden nie zakończył się śmiercią. — Kol. Kaufman w odpowiedzi przytacza dane statystyczne dużych klinik, które dobitnie przemawiają za szybkiem ukończeniem porodu. — Kol. Raszkes radzi rozróżniać lekkie i ciężkie przypadki. — Kol. Tokarzewski podnosi wartość ciągłych irygacyi i wstrzykiwań śródżylnych azotanu srebrowego 1: 10.000 w zakażeniach połogowych. — Kol. Raszkes przytacza przykłady dobrych wyników zastosowania kollargolu do żył w przypadkach rozpaczliwych. — Kol. Czerwiński uznaje skuteczność tych środków tylko w niektórych ściśle określonych przypadkach (świeże zapalenie wsierdzia, posocznicze zapalenie jelit).

21) Tokarzewski (Włodawa). **Stan położnictwa w powiecie włodawskim** (rzecz, drukowana w Nr 22 »Przeglądu i Czasop. lek.«).

W dyskusyi przemawiali kol. Czerwiński, Marks i Zienkiewicz, zaznaczając niezbędność wybierania ze wsi zdolniejszych kobiet i kształcenia ich przez lekarza osobiście, lub, gdzie można, w szpitalu, — na »babki« — pomocnice lekarza-położnika.

Sekcya medycyny wewnętrznej.

Podała Dr H. Rozenblatówna.

1) H. Fidler (Radom) **Zarys dziejów leczenia gruźlicy i przewidywania na przyszłość.** Prelegent omawia poglądy na gruźlicę od czasów staroindyjskich aż do doby najnowszej, współczesne metody leczenia i ich wyniki, leczenie przyszłości w postaci swoistej chemoterapii na wzór leczenia przymiotu salwarsanem.

W dyskusyi zaznacza Dr A. Sokołowski (Warszawa) doniosłość leczenia higieniczno-dyetetycznego ze względu na to, iż nie posiadamy jeszcze swoistego leku dla gruźlicy i radzi kolegom z prowincyi tworzyć małe sanatorya na 6—8 chorych. — B. Dębiński (Warszawa) omawia wyniki leczenia gruźlicy tuberkuliną (przetworami mało toksycznymi Beranecka, Denysa i i.). — Zienkiewicz kładzie nacisk na stronę zapobiegawczą omawianej sprawy. — I. Lipszyc (Łódź) zaznacza jeszcze szczególnie doniosłość zapobiegania zakażeniu gruźliczemu w wieku dziecięcym.

2) J. Czajkowski (Sosnowiec). **O surowicach leczniczych sztucznych oraz uwagi o ich wartości jako leku swoistego**. Prelegent omawia szereg przypadków, w któ-

rych stosował wynalezione przez siebie szczepionki swoiste z wynikiem dodatnim, zarówno w przebiegu gośćca stawowego, duru, zapalenia wsierdzia, jak gruźlicy i innych cierpień W ba dzo ożywionej dyskusyi nad odczytem tym zabierali głos: J. Schwarcwasser (Łódź), B. Dębiński (Warszawa), który stosował szczepionkę Czajkowskiego w kilku przypadkach gruźlicy płuc z wynikiem niepomyślnym, Zienkiewicz i Prof. Gluziński (Lwów), który jest zdania, iż wyniki, omawiane przez prelegenta, należy bardzo krytycznie przyjmować i podaje własne 4 przypadki (duru brzusznego i zakażeń septycznych), w których stosował szczepionkę Czajkowskiego bez skutku. — A. Sokołowski (Warszawa) widział pogorszenie u kilku chorych gruźliczych po stosowaniu szczepionki, radzi jednakże Czajkowskiemu nie ustawać w pracy i prowadzić dalej próby w tym kierunku. — Z innych mowców, przemawiających jeszcze w dyskusyi, za stosowaniem szczepionki oświadczył się tylko S. Falkowski (Sosnowiec), który spostrzegał znakomitą poprawę przy stosowaniu szczepionki przeciwgruźliczej (w toczniu i gruźlicy naczyniówki).

3) J. Brzeziński (Zawiercie). **O dyecie naszych szpitali, ze szczególnem uwzględnieniem dyety w szpitalu fabryki »Zawiercie«.** Omówiwszy dyetę szpitalną pod względem leczniczym, gospodarczo szpitalnym i higieniczno-społecznym, przedstawia prelegent schemat dyety, stosowanej w szpitalu »Zawiercie« i roztrząsa wady i zalety powyższej dyety.

Dyskusya: Nowakowski (Pińczów) podziela w zupełności zdanie prelegenta co do potrzeby urządzenia w szpitalach osobnych sal jadalnych dla ozdrowieńców. — Rzeszotarski (Góra Kalwarya) nie przypisuje temu szczegółowi wielkiego znaczenia. — H. Trenkner (Łódź) żąda, aby t. zw. intendenci szpitalni podlegali całkowicie władzy lekarzy naczelnych. — H. Fidler (Radom) wyraża zdanie, iż racyonalne żywienie chorych jest utopią ze względu na złe uposażenie szpitali i obojętność względem nich społeczeństwa. W szpitalu żydowskim w Radomiu np. żywienie chorego może kosztować tylko najwyżej 18 kop. dziennie. — W tym samym duchu przemawiają A. Tenenbaum (Łódź), J. Czajkowski (Sosnowiec) i J. Gliński (Łask). — Prelegent w zakończeniu zaznacza ponownie potrzebę ustalenia typu dyety szpitalnej dla naszego kraju i proponuje w tym celu, aby Towarzystwa lekarskie prowincyonalne przygotowały odpowiedni projekt, któryby został poddany dyskusyi na II. Zjeździe lekarzy prowincyonalnych.

4) W. Puławski (Radziejów). **O reinjekcyi surowicy przeciwbłoniczej,** na zasadzie danych, otrzymanych w ciągu lat 16 z praktyki własnej. Podawszy dane statystyczne z własnej praktyki, (po części ogłoszone różnymi czasy w »Przeglądzie lekarskim«), omawia prelegent przebieg kliniczny przypadków, w których dokonano reinjekcyi surowicy, objawy posurowicze, działanie lecznicze miejscowe i ogólne, stosunek surowic przeciwjadowych i bakteryobójczych do reinjekcyi, wreszcie usiłowania, mające na celu usunięcie objawów posurowiczych.

5) K. Rozenfeld (Częstochowa). **O chorobie posurowiczej.** Prelegent roztrząsa łączność badań nad objawami posurowiczymi z nauką o anafilaksyi omawia chorobę posurowiczą po wstrzyknięciu pierwszem i po t. zw. reinjekcyi, różnicę odczynu posurowiczego podług autorów francuskich i niemieckich, wreszcie zapobieganie i leczenie.

W dyskusyi nad obu odczytami H. Rozenblatówna (Łódź) nie zgadza się ze zdaniem pierwszego z prelegentów co do możliwości uniknięcia objawów posurowiczych przez stosowanie surowic wysokowartościowych. — H. Trenkner (Łódź) przytacza ciężki przypadek choroby posurowiczej w przebiegu płonicy. — L. Batawia (Częstochowa) zaznacza większą zjadliwość surowicy warszawskiej w porównaniu z francuską na zasadzie spostrzeżeń z praktyki. — S. Starkiewicz (Dąbrowa górn.) przytacza przypadek, w którym objawem posurowiczym było zapalenie gardła z nalotem. — Przemawiali jeszcze w dyskusyi Zienkiewicz, Fidler oraz obaj prelegenci.

Po za urzędowem posiedzeniem, o godz. 7 zostały wygłoszone odczyty:

6) C. Barszczewskiego (Warszawa). **Zdrowy i chory żołądek w świetle badań radiologicznych,** oraz

7) F. Langego (Łódź). **Znaczenie metod rentgenologicznych w dyagnostyce chorób wewnętrznych,** połączone z demonstracyą przezroczy.

W drugim dniu odbyły się wykłady następujące:

8) A. Kędzierski (Serock) **Wartość teoryi w praktyce lekarskiej.** Treść: Pochłonięcie umysłowości studenta i lekarza przez powagi naukowe. Stopniowa zmiana i niewystarczanie teoryi pod wpływem gromadzącego się w umyśle materyału. Krytycyzm i twórcza praca naukowa. Ideały praktyki lekarskiej na prowincyi. (Wykład ten, który zwrócił powszechną uwagę świeżością i samodzielnością poglądów ukaże się w »Medycynie i Kronice lekarskiej«).

9) St. Kopciński (Kochanówka). **O postępach w rozpoznawaniu i leczeniu chorób umysłowych.** Treść: Stanowisko psychologii w szeregu nauk lekarskich. Badanie fizyczne. Badania laboratoryjne. Metody badań psychiki umysłowo chorego. Klasyfikacya i leczenie chorób umysłowych. Tegoczesny zakład i jego urządzenia lecznicze. Psychoterapia.

W dyskusyi przemawiali: T. Łapiński (Warszawa) i A. Zaleski (Płock).

9) L. Batawia (Częstochowa). **Przewlekłe stany gorączkowe pochodzenia migdałkowego.** Treść: Rola migdałków w powstawaniu niektórych chorób zakaźnych. Zmiany chorobowe w gruczołach podniebiennych, które mogą być powodem wzniesień ciepłoty. Omówienie odpowiednich przypadków. Symptomatologia stanów gorączkowych pochodzenia migdałkowego. Leczenie.

W dyskusyi Prof. Gluziński (Lwów) zwraca uwagę na to, iż należy zawsze odróżniać sprawę miejscową od zakażenia ogólnego (paciorkowce). O ile zakażenie ogólne już nastąpiło, to wycięcie migdałka nie usunie gorączki. — Rozental, Schoenaich, Helman, Lipszyc, Mogilnicki (Łódź) i K. Rozenfeld (Częstochowa) przytaczają jeszcze niektóre metody rozpoznawcze i lecznicze w omawianej postaci chorobowej.

10) E. Sonnenberg (Łódź). **O próbie Nylandera.** Treść: Spostrzeżenia dotyczące zachowania się odczynnika Nylandera wobec stężonych rozczynów cukru gronowego. Wyjaśnienie spostrzeżonego zjawiska. Badania nad zastosowaniem odczynnika do ilościowego oznaczenia cukru.

Dyskusyi nad tym odczytem nie było, zadano tylko prelegentowi kilka pytań (Fidler, Schwarcwasser, Praszker).

11) D. Helman (Łódź). **Zaburzenia uszne u niemowląt i u dzieci w wieku wczesnym.** Treść: Częstość

tych spraw, objawy, trudności rozpoznawcze. Zapalenie przewodu słuchowego. Otitis media acuta. Sprawy chorobowe błędnika i nerwu słuchowego.

W dyskusyi brali udział: Praszker (Zduńska Wola), W. Schoenaich (Łódź) i L. Batawia (Częstochowa), którzy omawiali niektóre szczegóły rozpoznawcze w zapaleniu ucha środkowego u osesków i niemowląt.

12) B. Łuczycki (Łódź). **Przyczynek do sprawy walki z padaczką w Królestwie Polskiem.** Dla skutecznej walki z padaczką należy: 1) walczyć z kiłą i alkoholizmem; 2) stosować wszechstronną profilaktykę; 3) otwierać specyalne zakłady dla epileptyków; 4) opracować taki typ zakładu.

13) T. Łapiński (Warszawa). **O leczeniu padaczki.** Istnieje wrodzone usposobienie układu nerwowego ośrodkowego do padaczki. Istota tego usposobienia. Leczenie wewnętrzne i chirurgiczne.

W dyskusyi nad obydwoma odczytami omawia W. Chodźko (Kochanówka) leczenie padaczki, stosowane przez siebie u chorych w Kochanówce (metoda bromowa podług Gilles de Tourettea) i oświadcza się przeciwko polecanemu przez drugiego prelegenta budowaniu osobnych szpitali i przytułków dla epileptyków Dla różnych względów jedynie odpowiedniem miejscem pobytu dla takich chorych są szpitale psychiatryczne. — Prócz tego przemawiali St. Kopciński (Kochanówka), J. Schwarcwasser (Łódź), oraz prelegent.

14) A. Landau (Warszawa). **O nowych prądach w dziedzinie patogenezy i leczenia moczówki cukrowej.** Badania ostatnich lat stwierdziły, że moczówka cukrowa jest »par excellence« chorobą narządów o wydzielaniu wewnętrznem. Niema w ustroju jednego tylko narządu cukrzycotwórczego, gruczoły bowiem o wydzielaniu wewnętrznem w czynności swej są ściśle z sobą zespolone, tak iż obraz kliniczny cukrzycy może być wywołany niezależnie od tego, czy ten lub inny narząd (trzustka, układ chromochłonny) zostanie pierwotnie dotknięty. Opoterapia cukrzycy dotąd pożądanych wyników nie dała, w leczeniu dyetetycznem kuracye węglowodanowe mają niemniejszą racyę bytu od dawnych kuracyi bezwęglowodanowych.

15) W. Kon (Częstochowa). **Wartość praktyczna odczynu Wassermanna.** (Rzecz ukaże się w »Przeglądzie lek.«).

W dyskusyi podnosi St. Kopciński (Kochanówka) doniosłość badania odczynu Wassermanna w płynie mózgowordzeniowym u chorych umysłowych. — Fidler (Radom) zaznacza, iż dodatni odczyn W. nie daje żadnej pewności, iż kiła w danym przypadku jest czynną. — J. Leyberg (Łódź) potwierdza to i dodaje, iż dodatni odczyn W. nie może dać żadnej wskazówki co do potrzeby stosowania swoistego leczenia.

15) J. Szwarcwasser (Łódź). **O znaczeniu biologicznem chiorków w stanach zakaźnych.**

16) J. Szwarcwasser (Łódź). **O potrzebie założenia stacyi biologicznej w Łodzi.**

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Krajowa Rada Zdrowia zajmowała się na posiedzeniu w d. 10. VI. b. r. następującemi sprawami: Płace emerytalne lekarzy okręgowych, budowa zakładu badania środków spożywczych we Lwowie, taksa szpitalna w Bóbrce, zakład prywatny dla położnic we Lwowie, zakład wodoleczniczy w Nowosielcach.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska ogłasza, co następuje:

Do P. T. Lekarzy w okręgu Izby lekarskiej wsch.-galic.

Wydział wykonawczy Izb lekarskich w Austryi zajmuje się z polecenia Wiecu Izb uregulowaniem stosunku lekarzy do Towarzystw ubezpieczeń na życie. W celu sformułowania postulatów w tej ważnej gałęzi zawodowych interesów lekarzy potrzebne są dokładne informacye, jakie honorarya wypłacają różne Towarzystwa za świadectwa lekarskie o stanie zdrowia osób ubezpieczających się, zarówno przy ubezpieczeniach zwykłych, jak przy tak zwanych ubezpieczeniach ludowych.

W naszym kraju Izba lekarska wschodnio-galicyjska wyjednała przed paroma laty u krakowskiego Towarzystwa wzajemnych ubezpieczeń, że podwyższono w niem honoraryum z 8 koron na 10 koron, bez względu na kwotę ubezpieczoną i że kwotę tę podwyższoną wypłaca Towarzystwo tym lekarzom, którzy tego żądają.

Natomiast niema Izba wiadomości, jakie honorarya wypłacają inne Towarzystwa ubezpieczeń w naszym kraju operujące, zwraca się przeto do wszystkich lekarzy, do Izby przynależnych, z uprzejmem wezwaniem, aby we własnym interesie zechcieli nadesłać pod tym względem ścisłe informacye, najdalej do dnia 1. lipca b. r. pod adresem Izby. Prezydent: Dr Festenburg.

XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

(18—22 lipca 1911).

Jako upominek dla uczestników Zjazdu przygotowuje Komitet gospodarczy »tekę artystyczną« widoków Krakowa. Teka składać się będzie z 11 plansz autolitograficznych, wykonanych przez najwybitniejszych artystów polskich (S. Czajkowski, Sichulski, Podgórski, J. Czajkowski, Wyczółkowski, Frycz, Filipkiewicz i Grott). — Pierwszy raut, urządzony staraniem Komitetu gospodarczego, odbędzie się we wtorek d. 18. lipca w odpowiednio udekorowanych salach Starego Teatru. Raut, wydany przez Radę miasta Krakowa, przypadnie na czwartek dnia 20. lipca. We środę, d. 19. lipca, o ile pogoda dopisze, odbędzie się zapewne wspólny podwieczorek w parku Dr Jordana, połączony z zabawą ogrodową. — Zjazd tegoroczny oprócz »Pamiętnika«, który zawierać będzie naukowy dorobek Zjazdu, postanowił wydać również »Dziennik zjazdowy« dla informowania o przebiegu i zdarzeniach podczas Zjazdu. Dziennik rozdawany będzie wszystkim uczestnikom Zjazdu i zawierać będzie codziennie przez wszystkie dni Zjazdu wszelkie informacye, które podczas pobytu w Krakowie mogą być im użyteczne. Kierownictwo dziennikarskie tego »Dziennika« objął współredaktor »Nowej Reformy« p. Aleksander Karcz (adres »Nowa Reforma«, ul. Jagiellońska 10).

Sprawa mieszkań dla uczestników Zjazdu. Komitet gospodarczy, przewidując, iż uczestnicy zapowiadającego się bardzo licznie Zjazdu będą mieli trudności w wyszukaniu

mieszkań, pragnie im przyjść z pomocą, ofiarując się pośredniczyć w zamawianiu mieszkań zawczasu. Komitet w tym celu porozumiał się już z szeregiem najlepszych miejscowych hoteli i pensyonatów i już zapewnił sobie przeszło 150 pokoi w cenie od 3 do 15 koron za dobę. Obecnie prosi Komitet przyszłych gości o nadsyłanie jak najrychlejsze zgłoszeń pod adresem Prof. Dra J. Piltza, Kraków, ul. Kopernika 23. Do zgłoszenia należy, w myśl uchwały Komitetu, dołączyć połowę projektowanej ceny wynajmu mieszkania za cały czas pobytu w Krakowie. Im zgłoszenie będzie wcześniejsze, tem lepiej i zgodniej z potrzebami, które zamawiający wyraźnie wymieni, będzie załatwione.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Krakowskie Towarzystwo ratunkowe ukończyło 6. b. m. 20 lat istnienia. Towarzystwo założone zostało przez założyciela wielu innych podobnych Towarzystw, Jarosława br. Dr Mundy, przy współudziale Rady m. Krakowa, Prof. Dr Obalińskiego, pierwszego prezesa Towarzystwa i Dr Arnolda Banneta, wówczas słuchacza medycyny. Drugim z kolei prezesem Towarzystwa jest od lat wielu po dziś dzień piastujący ten urząd r. dw. Prof. Dr Wicherkiewicz. Dotychczas nie posiadało Towarzystwo własnego lokalu, a Pogotowie mieściło się w gmachu miejskiej straży pożarnej. Obecnie dzięki krakowskiemu Towarzystwu wzaj. ubezpieczeń, które darem 10.000 kor. zasiliło fundusze budowy domu, będzie mogło Towarzystwo ratunkowe rozpocząć przygotowania do stworzenia sobie własnej siedziby. Zwrotnym punktem w dziejach Towarzystwa jest przyznanie mu przez miasto począwszy od roku bieżącego subwencyi, dostatecznej na opłacenie stałych lekarzy, którzy od 1. lipca b. r. rozpoczną w Pogotowiu służbę, spełnianą dotychczas przez ochotników-medyków. Lekarzy Pogotowia będzie 6.

Z różnych stron. Służbę lekarską w pociągach kolejowych zaprowadzono w Austryi na próbę na przestrzeni Podwołoczyska-Karlsbad. Na razie jeździć ma lekarz, władający językiem polskim, niemieckim i francuskim, raz w tydzień tam i z powrotem, mając osobny przedział, zaopatrzony we wszystkie potrzebne rzeczy. X.

— Prof. Ehrlich mianowany został przez rząd pruski tajnym radcą z tytułem ekscelencyi.

Zmarli: Dr Henryk Pacanowski w 53 r. ż. w Warszawie.

Redakcya otrzymała: Grzywo-Dąbrowski: Experimentelle Untersuchungen über die zentralen Riechbahnen des Kaninchens. Biul. Akad. Um. 1911. — St. Mostowski: Proprieté glycogénique de la dioxyacétone. Acad. des Sciences. Paris 1911.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dn. 21. czerwca 1911 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Prof. Kader: Przedstawienie chorych klinicznych. 2) Dr K. Weber: Dziegieć z węgla kamiennego w leczeniu chorób skórnych. 3) Prof. Kader: Jakie stanowisko powinniśmy zająć w leczeniu kamicy żółciowej na podstawie zmian spostrzeganych przy zabiegach na drogach żółciowych?